

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLOGIE



RIGORÓZNÍ PRÁCE

ALENA ŘEHULOVÁ

ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ DOSPÍVAJÍCÍCH  
V KONTEXTU RODINNÉHO SYSTÉMU

Deliberate self-harm in adolescence within the context of family system

Praha 2010

Konzultantka rigorózní práce:  
Doc. PhDr. LENKA ŠULOVÁ, CSc.

**Poděkování:**

Velké poděkování patří především Doc. PhDr. Lence Šulové, CSc. za odborné vedení, konstruktivní připomínky i velkou podporu. Poděkovat bych dále chtěla psychologům a psychiatrům psychiatrických klinik, léčeben a diagnostického ústavu, kteří souhlasili se spoluprací na empirické části této rigorózní práce, zejména Mgr. Adrianě Rieglové. V neposlední řadě děkuji všem dospívajícím, kteří byli ochotní v rámci výzkumných rozhovorů otevřeně vyprávět své mnohdy nelehké životní příběhy.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím citovaných pramenů.

V Praze dne 27.srpna 2010

-----  
Alena Řehulová

**Anotace:** Cílem této rigorózní práce je shrnutí převážně zahraničních poznatků o záměrném sebepoškozování dospívajících s důrazem na význam rodinného kontextu a jejich prohloubení. Teoretická část se věnuje definování této copingové strategie, jejímu výskytu, funkcím, průběhu, rizikovým faktorům, klinickému pohledu i nastínění možné prevence a terapie. Podrobněji se zabývá rodinným systémem i jeho možným vlivem na záměrné sebepoškozování. V empirické části je hledána odpověď na výzkumnou otázku, „jaké jsou charakteristiky rodin dětí, které se v dospívání začnou záměrně sebepoškozovat“. Na kasuistikách je zdůrazněn rodinný kontext rozvoje záměrného sebepoškozování a prostřednictvím shrnutých charakteristik rodin 20ti respondentů je poukázáno na to, které charakteristiky se ve vybraném vzorku opakovaně objevují. Výsledky byly v souladu s předchozími výzkumy, přičemž navíc nastínily celou řadu dalších faktorů k ověření. Jako nejzásadnější se jeví charakteristiky týkající se disharmonických rodinných vztahů jak mezi rodiči, tak především mezi rodiči a dospívajícími – naprostá většina z nich má pocit, že rodiče nezajímá, a cítí se být vychovávána příliš kriticky. Téměř polovina pak sama popsala využívání nějaké formy rizikového chování (včetně záměrného sebepoškozování) jako snahu k upoutání pozornosti rodiče. Překvapivě vysoký byl také výskyt sebedestruktivního chování mezi rodiči těchto dospívajících. Uvedeno je i mnoho dalších charakteristik.

**Klíčová slova:** Záměrné sebepoškozování, Rodinný systém, Dospívání

**Abstract:** Main aim of this thesis is to summarize mostly foreign findings concerning deliberate self-harm in adolescence with emphasis on family context and elaborate them further. Theoretical part deals with definition, prevalence, functions, course, risk factors, clinical perspective and possibilities of prevention and therapy of self-harm. There are also mentioned findings about family system and its possible influence on personality. The research question of empirical part is interested in traits of those families, where adolescent self-harm. Family context is shown both on case studies and on summary based on families of 20 adolescents. These results are in accordance with previous research and also suggest some new characteristics for next verification. Characteristics concerning discordant family relationships (both between parents and between one parent and adolescent) seem to be most important. Majority of respondents feel like their parents are not interested in them at all and are too critical. Almost half of them said that they tried to draw their attention by engaging in risk behavior (including self-harm). There was also high incidence of self-destructive behavior in parents of these adolescents and many other new findings.

**Key words:** Deliberate self-harm, Deliberate self-injury, Family system, Adolescence

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I. ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....</b>	<b>12</b>
<b>1 VYMEZENÍ TERMÍNU ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....</b>	<b>13</b>
1.1 Definice .....	13
1.2 Formy .....	14
1.3 Podmínka opakovatelnosti .....	16
1.4 Záměrné sebeпоškození jako forma sebeдеstruktivního chování .....	17
1.4.1 Trojdimenzionální klasifikace podle Pattisona a Kahana .....	17
1.4.2 Kontinuální model podle Turp.....	18
1.4.3 Klasifikace založená na společenské přijatelnosti podle Favazzy .....	19
1.5 Klinické a neklinické pojetí záměrného sebeпоškození .....	21
1.6 Terminologie .....	22
<b>2 VÝSKYT ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....</b>	<b>24</b>
2.1 Vyrůstající trend během posledních desetiletí .....	24
2.2 Rozdíly ve výskytu mezi muži a ženami .....	25
2.3 Výskyt během životního cyklu .....	28
2.3.1 Předškolní a mladší školní věk .....	28
2.3.2 Dospívání.....	28
2.3.3 Nastupující dospělost.....	31
2.3.4 Střední a pozdní dospělost, stáří .....	32
2.4 Výskyt v klinické populaci.....	32
<b>3 MOTIVACE A FUNKCE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....</b>	<b>33</b>
3.1 Funkce záměrného sebeпоškození z pohledu teoretických koncepcí .....	33
3.2 Funkce záměrného sebeпоškození z pohledu sebeпоškozujících se.....	35
<b>4 PRŮBĚH ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZENÍ.....</b>	<b>38</b>
4.1 Změna emočního naladění.....	38
4.2 Bolest.....	39
<b>5 RIZIKOVÉ FAKTORY .....</b>	<b>41</b>
5.1 Genetické a biochemické faktory .....	41
5.2 Osobnostní faktory .....	42
5.2.1 Emocionalita a její zvládání.....	42
5.2.2 Vztah k sobě a ke svému tělu .....	43
5.3 Sociální a environmentální faktory .....	45
5.3.1 Rodina.....	45
5.3.2 Vrstevníci .....	45
5.3.3 Škola.....	48
5.3.4 Masmédia .....	49
5.4 Interakce mezi bio-psycho-sociálními faktory .....	51
<b>6 KLINICKÝ POHLED .....</b>	<b>52</b>
6.1 Záměrné sebeпоškození podle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	52
6.2 Současný výskyt záměrného sebeпоškození s duševními poruchami .....	53
6.2.1 Poruchy osobnosti.....	55
6.2.2 Poruchy nálady depresivního ladění .....	56
6.2.3 Poruchy příjmu potravy .....	56
6.2.4 Závislosti na psychoaktivních látkách .....	59
6.2.5 Posttraumatická stresová porucha a disociace .....	61
6.2.6 Poruchy chování a smíšené poruchy chování a emocí.....	62
6.2.7 Sebevražedné chování .....	62

<b>7 PREVENCE A TERAPIE .....</b>	<b>64</b>
7.1 Prevence .....	64
7.1.1 Primární prevence.....	64
7.1.2 Sekundární prevence.....	66
7.2 Terapie.....	73
7.2.1 Dialektická behaviorální terapie .....	74
7.2.2 Rodinná terapie jako doplněk terapie individuální .....	77
7.2.3 Komplexní intervenční program S.A.F.E. Alternatives.....	79
 <b>II. ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A RODINNÝ SYSTÉM.....</b>	<b>80</b>
<b>8 RODINA JAKO SYSTÉM.....</b>	<b>81</b>
8.1 Struktura rodinného systému .....	81
8.1.1 Subsystémy, koalice a aliance .....	82
8.1.2 Hranice systému .....	85
8.1.3 Hierarchie a moc v rodinném systému .....	85
8.1.4 Genogram rodinného systému .....	86
8.2 Dynamika rodinného systému .....	87
8.2.1 Cirkularita.....	87
8.2.2 Homeostáze a tvorba symptomu.....	87
8.2.3 Vývoj rodinného systému .....	88
8.3 Základní charakteristiky rodinného systému .....	90
8.3.1 Komunikace.....	90
8.3.2 Adaptabilita a koheze .....	91
8.4 Funkčnost rodinného systému .....	92
8.4.1 Funkční versus dysfunkční rodiny.....	94
 <b>9 RODINNÉ RIZIKOVÉ FAKTORY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....</b>	<b>97</b>
9.1 Socioekonomické postavení rodiny.....	97
9.2 Traumatizující událost v rodině.....	97
9.3 Emocionální klima v rodině a otevřené sdělování vlastních pocitů .....	98
9.4 Výchovné působení .....	99
9.5 Srovnání rodinných rizikových faktorů u žen a mužů.....	101
9.6 Shrnutí charakteristik rodin záměrně se poškozujících dospívajících .....	102
 <b>III. EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>103</b>
<b>10 VÝZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY A HYPOTÉZY .....</b>	<b>103</b>
<b>11 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>106</b>
11.1 Popis výzkumného vzorku .....	106
11.2 Postup a metody získávání dat .....	108
11.2.1 Genogram .....	109
11.2.2 Test rodinného systému FAST .....	110
11.2.3 Škála rodinného prostředí.....	110
11.2.4 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině .....	111
11.2.5 Čára života.....	112
11.2.6 Využití dat z lékařské dokumentace .....	112
11.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	113
11.4 Etické otázky výzkumu .....	113
 <b>12 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....</b>	<b>115</b>
12.1 Kasuistiky.....	115
12.1.1 Barbora .....	115
12.1.2 Danka.....	123
12.1.3 Lukáš .....	130
12.2 Souhrnné charakteristiky rodin.....	139
12.2.1 Socioekonomické postavení rodin .....	145
12.2.2 Struktura a emoční vazby v rodinném systému .....	146

12.2.3	Výchova v rodinném systému .....	153
12.2.4	Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému .....	157
12.2.5	Oceňované aspekty rodinného systému dospívajícím .....	158
12.2.6	Subjektivně vnímané zátěžové události během vývoje rodinného systému .....	159
12.3	Diskuse .....	164
12.3.1	Kvalitativní metodologie a výzkumné cíle .....	164
12.3.2	Výzkumný vzorek.....	165
12.3.3	Postup a metody získávání dat.....	165
12.3.4	Kasuistiky – jejich tvorba a interpretace.....	166
12.3.5	Souhrnné výsledky .....	167
12.3.6	Implikace výsledků výzkumu do praxe .....	176
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>177</b>
<b>LITERATURA .....</b>		<b>179</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>188</b>



## SEZNAM ZKRATEK

DBT	Dialektická behaviorální terapie
Dotazník výchovy	Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp, Boschek, 1994)
DSM-4	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
SZO	Světová zdravotnická organizace
ŠRP	Škála rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1986)

# ÚVOD

Sebedestruktivní formy chování nejsou v dějinách lidstva ničím novým, součástí mnoha rituálů bylo a stále je záměrné způsobování si bolesti a utrpení. Konkrétně záměrné sebepoškozování je však copingovou strategií, která byla hlouběji popsána až před několika desetiletími, v rámci historie lidstva se tedy o relativně nový fenomén jedná (Favazza, 1996). Možná si už i dříve lidé záměrně ubližovali s očekáváním psychické úlevy, ale lépe to skrývali. V dnešní době se o sebepoškozování naopak mluví celkem běžně, zjednodušeně se dává do souvislosti s potemnělými hudebními styly typu „emo“ nebo o něm otevřeně informují masmédia. Nápad zkusit si ublížit, když to „prý“ pomáhá, tak může být více nasnadě.

Prvně jsem se s lidmi, kteří se opakovaně záměrně sebepoškozovali, setkala (kromě několika málo experimentů mých kamarádů během dospívání) během odborných stáží a praxí na odděleních dětské psychiatrie. Pořezaná dívčí zápěstí jsem tehdy vnímala jako něco velmi paradoxního a jen marně jsem se snažila porozumět jejich smyslu. Zpracovat téma *Záměrné sebepoškozování dospívajících v kontextu rodinného systému* jsem se však definitivně rozhodla až po zkušenosti další - jakožto reflexní pracovnice jsem měla možnost v rámci rodinných terapií sledovat úspěšný terapeutický proces celé rodiny, během kterého dcera se sebepoškozováním přestala. Po posledním roce intenzivní teoretické práce i hloubkových rozhovorů s těmito dospívajícími mám konečně pocit, že důvodům i funkcím sebepoškozování rozumím a zároveň mě už více než samotné jizvy zajímají prožitky, které se za nimi skrývají. Potvrdil se mi také předpoklad, že zabývat se rodinným kontextem této copingové strategie zvládání nepříjemných emocí má opravdu smysl.

Rigorózní práce navazuje již na práci diplomovou a její zjištění dále prohlubuje. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická se věnuje definování záměrného sebepoškozování a jeho výskytu. Protože první epizody záměrného sebepoškozování volí lidé nejčastěji v období dospívání a protože v této životní fázi taktéž mívá nejvyšší výskyt (D'Onofrio, 2007a), zaměřuje se práce právě na věkovou skupinu adolescentů ve věku 10-20 let.

Následují kapitoly se zabývají důvody ubližování si, průběhem jednotlivých epizod, a rizikovými faktory bio-psycho-sociálního charakteru. Oproti práci diplomové je práce rigorózní rozšířena o klinický pohled na sebepoškozování, protože v jeho kontextu byla realizována i výzkumná část. Hlouběji je rozpracována i kapitola týkající se prevence a

terapie. V následujícím teoretickém bloku je potom záměrné sebepoškozování zarámováno do kontextu rodinného systému a jsou blíže popsány rodinné rizikové faktory tohoto chování.

Teoretická část je prokládána rámečky, ve kterých jsou uvedeny konkrétní citace i srovnání vycházející ze vzorku mladých lidí hospitalizovaných na psychiatrických klinikách, s nimiž byly realizovány rozhovory v rámci empirické části. Jednalo se o 20 dospívajících (16 dívek a 4 chlapce), jejichž podrobnější charakteristiky jsou uvedeny právě v empirické části práce. Tyto konkrétní zkušenosti dokreslují údaje čerpané převážně ze zahraniční literatury, ovšem jsou spíše ilustrací než zobecnitelným závěrem už kvůli malému vzorku i tomu, že se jedná jen o jednu specifickou skupinu záměrně se poškozujících dospívajících, tedy o ty, kteří kvůli ubližování si či jiné obtíži museli být hospitalizováni.

Empirická část je věnována charakteristikám rodin, ve kterých se děti v období dospívání začaly záměrně sebepoškozovat. Data získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů podložených několika dalšími metodami včetně psychologických testů jsou prezentována dvěma způsoby. Na třech vybraných kasuistikách je zdůrazněna právě rodinná anamnéza a je také poukázáno na rodinné (a částečně i osobnostní) souvislosti záměrného sebepoškozování. Ostatní kasuistiky jsou nově k dispozici na příloženém CD. Ve druhé výsledkové části jsou potom shrnuty vybrané charakteristiky rodin a prostřednictvím nich jsou popsány společné rodinné charakteristiky celého vzorku (oproti práci diplomové navíc obohacené o dvě oblasti analýzy) tak, jak je vnímají právě tito dospívající. Je tak poukázáno na jisté tendence v těchto rodinách, které mohou sloužit jako podnět k jejich budoucímu ověření na větším vzorku a srovnání s kontrolní skupinou.

V české literatuře začalo být tématu záměrného sebepoškozování věnováno více pozornosti až v uplynulých několika málo letech. Při srovnání se stovkami (či možná tisíci) zahraničních výzkumů, článků a knih je však patrné, že je ještě hodně o čem v souvislosti s tímto chováním přemýšlet a co zkoumat. Doufám, že i tato práce přispěje k hlubšímu porozumění, proč někteří mladí lidé řeší své potíže ubližováním si, a poukáže na to, jaké toto chování může mít rodinné souvislosti.

# I. ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Výňatek z rozhovoru s 16letou dívkou:

A: Kdy sis poprvé ublížila?

P: Poprvé? Asi v 10,5 letech. Na nohu jsem si vyřezala srdíčko, jehlou a pak žiletkou. Seděla jsem doma na zemi, byla jsem z něčeho smutná, ani nevím z čeho, tak jsem si to nejdřív nakreslila propiskou, pak mě napadlo, že to udělám jehlou. Začalo mě to bavit a celkem mě to i uklidňovalo.

A: Jak ti to pomáhalo?

P: Mě dělalo hrozně dobře, když jsem viděla tu krev. Pociťovala jsem u toho úlevu, najednou jsem byla taková šťastná. Nejvíc si pamatuju, když jsem byla tady a udělala jsem to naposledy. Měla jsem strašný deprese, pořezala jsem se a byla jsem strašně šťastná, strašně. A pak jsem utekla.

A: Jak často jsi to dělala?

P: Když jsem začínala - asi do 11, to bylo jen to srdíčko a v 11 jméno kluka. Pak už to ale bylo pravidlo. Jak jsme se hádaly s tou mamkou, štválo mě to tak, že jsem se vždycky pořezala. Většinou jsem se řezala do levé ruky, pak jsem tam už neměla místo, tak jsem se řezala tady na druhou.

A: Cítíš u toho bolest?

P: To nebolí, je to příjemný. Vůbec nic necítím. Mám z toho strach, tak vždycky jen rychle přejedu. Občas se strefím do stejného místa, pak je to hlubší. Mně se prostě líbí ta krev, z toho mám dobřejší pocit. Vždycky chvíli pozoruju, jak teče, líbí se mi to. Pak si to jdu umýt a vezmu si dlouhý rukáv.

A: Myslela si to někdy i tak, že bys chtěla umřít?

P: Občas jsem nad tím přemýšlela, ale asi bych to nedokázala, z toho mám zase strach. To se radši uchlastám k smrti. Nebo se ožeru a skočím pod vlak.

A: Když se zlepšil vztah s mamkou, zmírnilo se i to ubližování si?

P: Ne, to ne. Až když jsem začala chodit s klukem. Řekl mi, že nechce, abych se řezala, a že s ním ani nebudu mít důvod to dělat. Pořezala jsem se hned ze začátku dvakrát, on mi to ošetřoval, kontroloval mi to každý den, jak se to hojí. Od té doby jsem se neřezala, akorát ten druhý den, jak jsem byla tady.

A: Co bývají ty důvody?

P: Většinou ty deprese nebo hádky, to mi hodně vadí. Když se pořežu, strašně se mi uleví.

A: Ví o tom rodiče?

P: Mamka. Párkrát viděla, jak jsem prošla a měla jsem na ruce přitisknutej kapesníček, kterej byl celej od krve. To jí bylo jasné. Podívala se na ruku, zeptala se, co to má zase znamenat a proč to dělám. Tak jsem řekla, že mám nervy a ať si toho nevšímá. Pak už to nějak neviděla nebo nebyla doma, to jsem to dělala nejčastěji. Pak už si toho nevšímala vůbec. Brácha to dělal taky, takže ten se o to nezajímal. On ale přestal dřív. Měl hrozně namyšlenou holku, furt mu kvůli něčemu nadávala nebo se s ním opakovaně rozcházela. Byl z toho špatnej, tak se takhle pořezal, vyryl si tam její jméno nebo slova, který by jí chtěl říct, celkem hluboko. To bylo strašné. Měl třeba promáčených 10 kapesníků od krve. Viděla jsem to, i jak si ubližuje. Taky pojídal prášky, bral antidepresiva. Pak se s ní rozešel a byl najednou v pohodě. Začal chodit do práce a měl se fajn, tak s tím přestal. Našel si i jinou holku.

A: Kdyby teď přišel kouzelník a nabídl ti, že změní cokoli si budeš přát, jen aby sis už dál neubližovala. O co bys ho požádala?

P: Asi nic. Každýho uklidňuje něco jinýho. Párkrát, když jsem byla tady, tak jsem přemýšlela, že se zase pořežu, ale řekla jsem si, že už ne, že to nemá cenu. Doma je to teď o dost lepší. Jako kvůli rodině jsem se řezala často. Tady, když mi chyběli, a dřív, když jsme se hádaly s mámou. Chtěla bych, aby se k nám vrátil taťka, ten prostřední, ale to je nereálný. Doufám, že až se teď vrátím domů, už to nebudu potřebovat.

# 1 VYMEZENÍ TERMÍNU ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Poznatků o záměrném sebepoškozování během posledních desetiletí přibývá a v posledních letech se dostává více a více podrobnějších informací i do povědomí české společnosti, především pak mezi odborníky. I když se toto chování u těch, co si vědomě ubližují, v mnohém podobá, tak způsoby, motivace i okolnosti zůstávají často velmi individuální. Snad i to je důvod, proč sebepoškozování stále vyvolává u spousty lidí odpor a nepochopení a proč nepřestává být opředeno nespočtem mýtů a předsudků.

Sebepoškozování je velmi komplexní fenomén. Nemá jedno konkrétní vysvětlení, příčinu, význam, ani se neváže na jednu konkrétní psychickou poruchu či typ osobnosti. To vše může být zdrojem jak zmíněného zmatení a neporozumění ve společnosti, tak ale také značné nejednotnosti definicí, což následně ztěžuje ucelené teoretické uchopení celé problematiky záměrného sebepoškozování.

## 1.1 Definice

Záměrné sebepoškozování je chování, při kterém je záměrně a přímo destruována nebo poškozována vlastní tělesná tkáň (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005; Favazza, 1996; Gratz, Chapman, 2007; Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007). Zatímco sebedestruktivní chování v širším slova smyslu může mít různorodý charakter (kapitola 1.4), u záměrného sebepoškozování se vždy jedná o maladaptivní copingovou strategii, způsob, jak se vypořádat s nepříjemnými emocemi vyvolanými aktuální zátěžovou situací nebo chronickým stresem, přičemž většinová společnost tuto formu zvládání neakceptuje, považuje ji za patologickou (Briere, Gil, 1998; Favazza, 1996; Klonsky, Muehlenkamp, 2007).

Jak již bylo zmíněno, definicí záměrného sebepoškozování je mnoho a nejsou zcela jednotné. Největší rozpor spočívá v uvažované šíři forem ublížení si, v popisu závažnosti způsobeného zranění, a především pak ve zohledňování sebevražedného záměru. I když Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO) v Mezinárodní klasifikaci nemocí - 10. revize (dále jen MKN-10) pod pojem záměrné sebepoškozování zahrnuje i sebevražedný pokus (Mezinárodní, 2000) a stále probíhá mnoho rozsáhlých výzkumů nerozlišujících mezi záměrným sebepoškozováním a sebevražedným chováním (čelními představiteli jsou Fox, Hawton, 2004), ve velké části konceptualizací a výzkumů z posledních let je v definici

absence sebevražedného záměru při ubližování si zdůrazněna (například Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005; Favazza, 1996; Gratz, Chapman, 2007; Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007). Potvrzuje to i Plante, když tvrdí, že záměrné sebepoškozování neslouží k tomu, aby se člověk zabil, ale aby zabil bolest. Tuto myšlenku dokládá výrokem jedné ze svých klientek: „*Kdybych se chtěla zabít, nevypalovala bych si ty pitomé díry do kůže. Chci zabít bolest a tohle je jediný způsob, který pomáhá*“ (Plante, 2007, s. 2). Proto i v této práci bude záměrné sebepoškozování vnímáno jako typ sebedestruktivního chování, který sice sebevražedné myšlenky doprovázet mohou, nikoli však jednoznačný vědomý záměr si svým chováním způsobit smrt. Tím se sebepoškozování odlišuje od chování sebevražedného.

## 1.2 Formy

Způsobů záměrného sebepoškození je celá řada a zahraniční výzkumy se při zjišťování převažujícího typu mezi dospívajícími značně rozcházejí. Tedy kromě prvních příček, které obsazuje řezání se na zápěstí nebo jiných částech těla žiletkou nebo jiným ostrým předmětem, popřípadě vyřezávání slov, obrázků nebo jiných symbolů do kůže (Bjärehed, Lundh, 2008; Gratz, 2006; Gratz, Chapman, 2007; Heath et al., 2008; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007). I během mých rozhovorů uváděli dospívající řezání nejčastěji, kromě jednoho chlapce ho zmínil každý. Když už někdo zvolil vyřezání si nějakého symbol, jako třeba srdíčka, jména nebo nápisů „*Sorry*“ či „*Help*“, byly to spíše jednorázové epizody mezi beztvarymi škrábanci.

Kromě řezání se existuje celá řada dalších podob sebepoškozování: pálení se cigaretou, zapalovačem či zápalkami, vypalování si znaků nebo záměrné opaření se či poleptání, poškrábání se nehty nebo pokousání se do krve, probodnutí kůže ostrým předmětem (například kružítkem nebo šroubem), bouchání hlavou do zdi či udeření sebe sama, až vzniknou podlitiny, vytrhávání si vlasů nebo zabraňování, aby se mohly rány zhojit, případně dloubání se v nich (Bjärehed, Lundh, 2008; Gratz, 2006; Gratz, Chapman, 2007; Heath et al., 2008; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007).

Sebepoškozováním jsou narušovány různé tělesné partie. Nejčastěji to bývá předloktí a ruce obecně, obzvláště nedominantní končetina. O něco méně se objevují jizvičky a modřiny na nohou a někteří se zraňují také v oblasti břicha (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005). Jak mi potvrzovali i dospívající při rozhovorech, méně obvyklá místa, jako jsou právě nohy, boky nebo břicho, jsou volena především proto, že se jejich poranění

dají snáze utajit před okolím. V jednom případě jsem se naopak setkala s dívkou, která měla nejvýraznější zranění na místech co nejviditelnějších - na obličeji a hřbetech rukou. Zdá se tedy, že podle místa zranění lze usuzovat na to, jak moc chce daný člověk na své nesnáze ostatní upozornit, jak moc „volá ostatní o pomoc“.

Formy záměrného sebepoškozování dělí někteří autoři na výše zmiňované techniky vnějšího sebezranění a dále na vnitřní formu ubližování si, jako je otrávení se nebo předávkování (Boyce et al., 2003; Hawton et al., 2003). Taktéž činí i SZO v MKN-10 (Mezinárodní, 2000). Pokud je tato forma ublížení si přímá ve smyslu intencionálního činu a jedná se o copingovou strategii bez sebevražedného záměru, pak lze i tyto techniky považovat za záměrné sebepoškozování.

Část rozhovoru s 18letou dívkou:

*A: Co sis myslela, že se stane, když spolykáš ty prášky?*

*P: Že se mi poškozují orgány, to jsem věděla. Jednou jsem u toho i omdlela. V poslední době jsem měla prášky od té psychiatricky, předtím brufeny z lékárničky. Ze začátku jsem si myslela, že se mi uleví. Že se tím zároveň postupně zničím. Měla jsem po tom lepší pocit, že jsem si nějak ublížila. Nechtěla jsem to dávat na těle znát, protože jsem chodila do různých cvičení, hrála na kytaru. Ze začátku jsem se řezala, pak jsem zase hodně pila, čas od času vůbec nejedla, a pak jsem si vymyslela tohle. To řezání dělám pořád, ale spíš na nohou, aby to nikdo neviděl. Nebo si odlupuju strupy, to taky nikdo nepozná. Po tom spolykání se mi chvíli motala hlava, ale věděla jsem, že se mi uleví, protože jsem si ublížila.*

*A: Zabíralo to podobně jako řezání?*

*P: Bylo mi špatně, to je trochu jiný, třeba jsem i zvracela. Ale tím jsem se dostala od psychických problémů, odstoupila jsem od nich. Pak jsem byla unavená, tak jsem to zaspala.*

Výčet způsobů záměrného sebepoškozování není jistě zcela úplný, jeho forma může být velmi individuální. Jedna z dívek mi například sdělila, že kromě řezání se ostrými předměty si i propaluje kůži dlouhým nepřerušovaným stříkáním deodorantu na tělo, dokud nenastoupí bolest a uvolnění vnitřního napětí. Jiná si zase vstříkovala pod kůži benzín.

Dospívající, kteří si ubližují, obvykle kombinují nejen různé formy záměrného sebepoškozování, ale velmi často volí i další sebedestruktivní strategie v širším slova smyslu (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006). Naprostá většina sebepoškozujících se dívek a chlapců mi během našeho povídání vyprávěla i o úlevě, kterou jim ve chvílích stresu přináší požití velkého množství alkoholu, hladovění, vyvolání zvracení nebo přejedení se.

Aby se jednalo o formu záměrného sebepoškozování, není až tak podstatná konkrétní podoba ublížení si, ale právě samotný mechanismus takového chování – člověka ke zranění se motivuje očekávání, že se mu uleví od záplavy nepříjemnými emocemi nebo naopak od emoční prázdnoty (Favazza, 1996).

### 1.3 Podmínka opakovatelnosti

Dospívání obecně je obdobím experimentování, kdy se člověk cítí méně zranitelný než kdykoli později v životě a zkouší, co zvládne, obzvláště pak to, co je oceňované nebo minimálně přijatelné pro vrstevnickou skupinu (Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006). Proto není až tak výjimečné, že mladí lidé v tomto věku zkouší, co se stane, když si říznou do kůže nebo se popálí cigaretou, a dokáží tak ostatním, jak jsou stateční či nezávislí na „hodnotách dospělých“. Natožpak když se sebepoškozování stane v nějaké skupině projevem sounáležitosti nebo něčím zasluhujícím od ostatních uznání.

Kvůli těmto tendencím k experimentování i kvůli obrovskému vlivu skupiny v době adolescence je proto nezbytné rozlišovat mezi jednorázovým (epizodickým) a opakovaným (repetitivní, chronickým) sebepoškozováním. Pokud si někdo ublíží jen v rámci několika epizod, za psychopatologický fenomén to rozhodně považovat nelze. Lundh, Karim a Quilisch uzavírají diskuzi o podmínce opakovatelnosti s tím, že *„některé formy záměrného sebepoškozování představují jen prvky dnešní kultury dospívajících se spojitostí s literaturou pro dospívající, televizními programy, internetem a vlivem ostatních médií, což vede některé dospívající k sebepoškozování jakožto způsobu, jak ukázat před ostatními svou odvahu nebo jako známku příslušnosti k určité skupině“* (Lundh, Karim, Quilisch, 2007, s. 39). Tuto úvahu ve svém výzkumu dokládají výpověďmi několika chlapců, kteří uvedli, že si ublížili „jen ze srandy“. V takovém případě se tedy jedná o epizodické sebepoškozování, které není copingovou strategií zvládání stresu. Tím se od repetitivní formy zásadně liší.

Aby se zdůraznil fakt, že termín záměrné sebepoškozování vyjadřuje opakovanou podobu tohoto chování, bývá někdy v anglické literatuře uváděno jako součást termínu i slovo „repetitive“. Hranice této patologické opakovanosti autor od autora vymezuje jinak, nicméně většina z nich za ukazatele chronicity považuje minimálně pět aktů vědomého ublížení si (Bjärehed, Lundh, 2008; Gratz, Chapman, 2007; Muehlenkamp, 2005).

Jak často se pak sebepoškozování opakuje bývá spíše individuální záležitostí. McVey-Noble, Khemlani-Patel a Neziroglu tvrdí, že někdo si ubližuje jen při větší zátěži, někdo opakovaně dlouhodobě (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Dospívající léčení se na dětských psychiatrických odděleních nebo v diagnostickém ústavu vyprávěli, že se podruhé poškodili v rozmezí týdnů až několika málo měsíců. Za jak dlouho se pak z experimentování stala „závislost“ a typický způsob řešení obtíží bylo velmi individuální. Ve svých nejhorších obdobích, která většinou předcházela hospitalizaci, si pak většina ubližovala v intervalech týdnů až dnů. Zatímco většina dívek a chlapců své sebepoškozování během hospitalizace omezila nebo s ním zcela přestala, u několika dospívajících se jeho frekvence ještě zvýšila. Převážně se jednalo o dívky s mentální anorexií, kterým na odděleních vadilo nucení do jídla a představa, jak během pobytu tloustnou.
--



## 1.4 Záměrné sebepoškozování jako forma sebe destruktivního chování

Z širšího úhlu pohledu je záměrné sebepoškozování podkategorií sebepoškozujícího neboli sebe destruktivního / autoagresivního chování, kam spadají veškeré formy ublížování sobě samému (Gratz, Chapman, 2007). Fyzické poškozování vlastního těla však vždy neplní jen copingovou funkci, tedy není způsobem zvládnání stresu, a jeho podoba nemusí být jen přímočará s vědomím i negativních důsledků jako u záměrného sebepoškozování. Aby nedocházelo ke zmatení, bude v této práci používán ve významu sebepoškozujícího chování v širším slova smyslu termín sebe destruktivní chování.

Následující klasifikace jsou ukázkou různorodosti a šíře chování, které lze za sebe destruktivní považovat, a zároveň vodítkem, co všechno je pod pojmem záměrné sebepoškozování v této práci chápáno.

### 1.4.1 Trojdimenzionální klasifikace podle Pattisona a Kahana

Již v 80. letech nabídla dvojice Pattison a Kahan dělení sebe destruktivního chování, ve kterém brali v úvahu tři základní proměnné – přímost záměru se poškodit (míru intencionality), opakování tohoto chování a riziko úmrtí. Záměrné sebepoškozování je podle tohoto členění přímým aktem, který má tendenci se opakovat, přičemž riziko úmrtí je nízké (Pattison, Kahan, 1983).

SEBE- DESTRUKTIVNÍ CHOVÁNÍ	Přímé Záměrné ublížení si s plným vědomím škodlivých důsledků.		Nepřímé Chování bez přímého záměru se poškodit.	
	Vysoké riziko úmrtí	Nízké riziko úmrtí	Vysoké riziko úmrtí	Nízké riziko úmrtí
Opakované	Opakované sebevražedné pokusy	Záměrné sebe poškozování	Nedodržování léčebné metody	Kouření, chronický alkoholismus
Jednorázové	Sebevražda	Parasuicidium	Ukončení léčebné metody	Jednorázové požití extáze

*Převzato a upraveno z Krieglová, 2008, s. 22*

Tab. č.1: Klasifikace sebe destruktivního chování podle Pattisona a Kahana

### 1.4.2 Kontinuální model podle Turp

Šíří forem sebe destruktivního chování zdůraznila také Turp, která navrhla kontinuální model sebe destruktivního chování. Popisuje škálu od velmi o sebe pečujícího chování až po více a více závažné sebepoškozování (Turp, 2002).

Kromě kontinua, které vyjadřuje, jak moc o sebe člověk (ne)pečuje, existuje ještě kontinuum další. To udává, do jaké míry jsou projevy určitého sebe destruktivního chování zřejmé, či naopak nenápadné, přičemž Turp odhaduje, že až 90% sebe destruktivního chování zůstává skryto. Kromě zjevných forem záměrného sebepoškozování, kdy člověk obrací násilí přímo proti sobě (například se pořeže, popálí, apod.), si velmi často ubližuje i nepřímo, zevnitř. Dobrovolně se ničí a ubíjí tím, že zanedbává péči o sebe sama, ať už třeba nedostatečně málo spí nebo opomíjí péči o své zdraví (například diabetik neužívá inzulin). Poruchy příjmu potravy jsou také sebe destruktivní strategií, člověk se týrá hladověním nebo si naopak škodí tím, že se impulzivně přejídá (Turp, 2002).

Málo viditelná podoba sebepoškozujícího chování je tzv. „cash“ (culturally accepted self-harming act/ivity), tedy kulturně přijatelné sebepoškozující chování, které je konkrétním sociálním a kulturním prostředím tolerováno. Může to být piercing či tetování jakožto estetická dekorace vlastního těla i jako projev příslušnosti k určité subkultuře. Obdobně bývá akceptována i touha po spirituálním zážitku například vykonáním fyzicky náročné posvátné cesty, kterou poutníci zdolávají bosi či po kolenou. A konečně i sado-masochistické praktiky vedoucí k sexuálnímu uspokojení nebyvají odsuzovány, pokud s nimi oba partneři souhlasí. V západní společnosti je podobně považováno za „normální“ pití alkoholu a kouření, přetěžování se prací či vyhledávání adrenalinových sportů či extrémně rizikových činností (Turp, 2002).

Záměrné sebepoškozování tak, jak je vnímáno v této práci, je však formou vědomého sebe destruktivního chování, které už většinová společnost takto netoleruje, naopak ho považuje za patologické.

### 1.4.3 Klasifikace založená na společenské přijatelnosti podle Favazzy

Široké spektrum způsobů chování, kterými si člověk může fyzicky ublížit, přehledně kategorizoval i průkopník výzkumů v oblasti sebepoškozování Favazza. Formy dělí na dvě základní skupiny – patologické a kulturně schvalované sebepoškozování (Favazza, 1996).

1. PATOLOGICKÉ	A) Povrchové	a) Impulzivní	Epizodické Jednorázové.
			<b>Repetitivní</b> Záměrné sebepoškozování
		b) Kompulzivní Obsedantně-kompulzivní charakter, rituální.	
	B) Stereotypní Příkladně rigidní sebepoškozování u mentálně retardovaných, autistů.		
2. KULTURNĚ AKCEPTOVANÉ	C) Závažné Sebepoškozování pod vlivem bludů a halucinací, např. uřezání částí těla.		
	Příkladně piercing, náboženské rituály.		

Zpracováno podle: Favazza, 1996

Tab. č.2: Favazzovo dělení sebedestruktivního chování

Záměrné sebepoškozování tak, jak je vymezeno v této práci, odpovídá skupině patologického (deviantního) sebepoškozování, konkrétně jeho povrchové (mírné) podobě impulsivní formy, které má repetitivní charakter. Zatímco epizodické sebepoškozování je jen občasné (například jednorázové pořezení se, popálení se, bouchnutí do něčeho), repetitivní se opakovaně vrací a stává se u daného člověka běžnou reakcí na stresové situace. Platznerová nabízí pěkné přirovnání: „Podobně jako jiní sahají ve stresu po cigaretě, repetitivně se poškozující osoba sahá po ostrém předmětu“ (Platznerová, 2009, s. 20). Repetitivní typ sebepoškozování doprovází i ruminace o sebepoškození, aniž by k němu nakonec muselo vždy dojít. U mnohých se sebepoškozování stává součástí identity, považují se za toho, kdo se sebepoškozuje (v angličtině například „cutter“, „burner“). Favazza mluví v tomto případě o syndromu opakovaného sebepoškozování (Favazza, 1996).

Mírné sebepoškozování může být kromě zmíněného impulzivního také kompulzivní (nutkavé), tedy blížící se svým charakterem obsedantně-kompulzivní poruše. Úzkostí vyvolané chování, jako například trhání vlasů, kousání nehtů či škrábání se nehty, se opakuje a bývá rituální (Favazza, 1996). Stone a Sias zmiňují jako příklad příběh ženy, která si trhala vlasy, schraňovala je a příležitostně je polykala (Stone, Sias, 2003). Osobně jsem se s kompulzivním charakterem sebepoškozování setkala v pražské psychiatrické léčebně při

rozhovoru s dívkou, která měla už od 2. třídy racionálně nevysvětlitelnou potřebu opakovat určité činnosti, jako například přeříkávat si slova, opakovat pohyby rukama, přerovnávat si oblečení, znovu a znovu uklízet či chodit tam a zpět, aniž by věděla proč. Popisovala, že „prostě musela“. Ze svých rituálů byla tak vysílená, že si začala ubližovat za nemoc, kterou nechtěla. Tahala se za vlasy, bouchala do hlavy nebo zarývala nehty do kůže, aniž by měla jasný záměr, co tím získá. Dodávala, že si nerada ubližuje, ale že to prostě jinak nešlo.

Patologické sebepoškozování má ale kromě mírné formy ještě dvě další podkategorie – stereotypní a závažnou. Stereotypní sebepoškozování postrádá symbolické významy, je rytmické, opakuje se podle určitého vzorce a sebepoškozující se člověk nemá potřebu se skrývat, naopak například pravidelně bouchá hlavou o zeď, žvýká si prsty nebo si silně tlačí na oči v přítomnosti dalších lidí. Objevuje se u osob mentálně retardovaných, autistických, ve stavech akutní psychózy nebo doprovází některé geneticky podložené syndromy jako je Tourettův syndrom, Lesch-Nyhanův syndrom a vrozená senzorická neuropatie (Favazza, 1996).

Nejzávažnější formy sebepoškozování jsou vzácné a volí je především psychotičtí pacienti nebo pacienti pod vlivem psychotropních látek. I když se nepoškozují pravidelně, zdravotní důsledky bývají značné. Pod vlivem bludů a halucinací se tyto lidé například vykastrují, vyškrábou si oči nebo uřežou končetiny. Mnohdy takové chování vysvětlují příkazem od nadpřirozených sil, ovlivněním démony nebo silnými pocity viny za sexuální myšlenky či aktivity. Mnoho klientů naplní po vykonání aktu dočasné pocity klidu a uvolnění napětí (Favazza, 1996).

Kulturně schvalovaná forma sebepoškozování odpovídá charakteristikám kategorie „casha“ podle Turp (2002) (kapitola 1.4.2). Favazza sem řadí ty způsoby sebedestruktivního chování, které jsou určitou společností považovány za „normální“. Mezi příklady doplňuje obřízky u židovských dětí nebo rituální sebepoškozování u domorodých kmenů, které slouží jako způsob komunikace s vyšší silou nebo jako předěl v přestupu z jedné životní etapy do další.

## **1.5 Klinické a neklinické pojetí záměrného sebepoškozování**

Na záměrné sebepoškozování bývá nahlíženo ze dvou úhlů pohledu. Někteří autoři jej považují spíše za typ rizikového chování, který primárně souvisí s vývojovým obdobím dospívání a s jeho charakteristikami i úkoly. Vnímají ho jako dočasný způsob vyrovnávání se s životními změnami nebo jako formu experimentování či vymezování se, aniž by nutně muselo být podloženo přítomnou psychopatologií (Diamond et al., 2005; Plante, 2007; Suyemoto, MacDonald, 1995).

Je možné, že druhý pohled, klinický, v literatuře převažuje právě proto, že je většina výzkumů realizována na psychiatrických klinikách. I Kocourková diskutuje, zda je pro etiologii podstatnější patologická osobnost, nebo situační stres bez ohledu na typ osobnosti (Kocourková, 2007). Nicméně faktem zůstává, že sebepoškozujícím se pacientům obecně je některá duševní porucha diagnostikována a ve výzkumech komunitních vzorků taktéž respondenti, kteří si ubližují, vykazují významné korelace se zkoumanými psychopatologickými aspekty (Gratz, Conrad, Roemer, 2002; Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007; Nixon, Loutier, Jansson, 2008).

Protože je i tato práce orientována spíše klinickým směrem, souvislostem záměrného sebepoškozování s jednotlivými klinickými diagnózami je věnována samostatná kapitola č. 6.

## 1.6 Terminologie

Na poli zkoumání sebepoškozování panuje velká terminologická nejednotnost. Důkazem je množství pojmů, které jsou pro vyjádření záměrného sebepoškozování používány v anglicky psané literatuře. Deliberate self-harm (DSH), popř. nonsuicidal deliberate self harm, či intentional self-harm<sup>1</sup>, dále self-injurious behaviour (SIB), nonsuicidal self-injury (NSSI), self-wounding, self-inflicted injury, parasuicidal behavior, popř. parasuicide, to vše také někdy s přívlastkem „repetitive“. To jsou ukázky termínů, pod kterými se zde definované záměrné sebepoškozování může skrývat. Může, ale také nemusí. Podstata nesouladu přitom opět tkví v tom, zda daný autor pod zvoleným pojmem chápe i chování s cíleným sebevražedným záměrem, tedy sebevražedné pokusy, či nikoli, přičemž rozdílná pojetí mnohdy souvisí i se zemí původu autorů<sup>2</sup>.

Jednotlivá pojetí se liší i v tom, které konkrétní formy chování pod pojmem sebepoškozování autor uváží. Jako specifický pojem se vymezuje non-suicidal repetitive skin-cutting (popřípadě slashing nebo ještě konkrétnější wrist-cutting), který zastupuje podtyp záměrného sebepoškozování, kdy si člověk opakovaně ubližuje pořezáváním se. Trochu stranou potom stojí pojem self-mutilation (self-mutilative behavior), tj. automutilace, který postihuje závažnější formy sebepoškozování během psychotických epizod, jako je například vypíchnutí oka, kastrace nebo amputace částí vlastního těla. Ani toto obvyklé použití ale není pravidlem.

V české literatuře téma záměrného sebepoškozování jako první podrobněji rozvinula Kocourková, která užívá obecný pojem „sebeпошкозовání“ (Kocourková, 2007). V posledních letech vyšly i dvě samostatné knihy od autorek Kriegelová a Platznerová (Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009), několik odborných článků (Babáková, 2003) a diplomových prací. Pozornost mu začala více věnovat i Linka bezpečí (Ulbertová, 2008a). I když ve většině těchto publikací bývá používán čistě pojem „sebeпошкозовání“, pro tuto práci byl zvolen pojem „záměrné sebepoškozování“ upřednostňovaný také Kriegelovou. Výhodou

---

<sup>1</sup> Termín, který používá WHO v MKN-10 (Mezinárodní, 2000).

<sup>2</sup> Například deliberate self-harm (DSH) je velmi často užívaný pojem. Belgičané Claes, Vandereycken a Vertommen tvrdí, že je používán v obecnějším smyslu, zahrnuje tedy také sebevražedné pokusy i nepřímé formy sebepoškozování, jako je hladovění, pití alkoholu či kouření (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005). Skegg z Nového Zélandu kromě povrchového pořezání se pod pojem DSH zahrnuje ještě pokusy o oběšení se a impulsivní sebeotravu. Dodává ale, že severoameričtí výzkumníci používají tento pojem v užším smyslu (Skegg, 2005) jako záměrné sebepoškozování definované v této rigorózní práci, tak jako například Američanka Gratz (2006). Na rozdíl od nich ale britští výzkumníci termín spíše vysvětlují ve smyslu širším, tedy jako Hawton a Harriss, kteří DSH dělí na sebe-ubližování a sebe-předávkování/sebe-otrávení, a to nezávisle na motivaci. Podle nich jsou sebepoškozování i sebevražedné chování různými stupni téže dimenze (Hawton, Harriss, 2008). Podobně i self-injurious behaviour je někdy chápáno jako záměrné sebepoškození definované v této práci, jindy v širším pojetí včetně chování sebevražedného.

zmíněného termínu je zdůraznění intencionality daného chování a zároveň jeho jasné odlišení od pojmů jako je sebepoškozující chování, které může evokovat sebe destruktivní aktivity v širším slova smyslu nebo dokonce chování sebevražedné.

Nejednotné vymezení definic jednotlivých pojmů je příčinou velmi odlišných výsledků výzkumů zabývajících se sebepoškozováním i nepřehlednosti celé problematiky. I proto Muehlenkamp usiluje o zavedení termínu „Syndrom záměrného sebepoškozování“ („deliberate self-injury syndrom“) jako jasně definované zvláštní poruchy do Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, dále uváděného pouze pod zkratkou DSM-4<sup>3</sup> (Diagnostic, 2000). Navrhuje sedm diagnostických kritérií, které vystihují záměrné sebepoškozování tak, jak bude chápáno i v celé této práci (Muehlenkamp, 2005, s. 333)<sup>4</sup>:

1. Fyzické ubližování sobě samému postrádá vědomý sebevražedný záměr.
2. Člověk není schopen odolat vnitřním impulsům ke zranění se.
3. Aktu sebepoškození předchází prožitky stoupajícího napětí, naštvání, úzkosti, rozlady nebo celkové nepohody, které osoba subjektivně vnímá tak, že před nimi nemůže uniknout nebo je kontrolovat.
4. Hned po aktu sebepoškození nastupuje pocit úlevy, uspokojení a/nebo osvobození od depersonalizace.
5. Sebepečkozování má tendenci se opakovat, a to 5krát a více (metody sebepečkozování se mohou při jednotlivých epizodách lišit).
6. Nejsou započítávány formy sebepečkozování, které jsou důsledkem psychózy, transsexualizmu, mentální retardace, vývojových poruch nebo celkového zdravotního stavu.
7. Sebepečkozování způsobuje klinicky významný distres nebo poškozování v sociální, pracovní nebo jiné významné oblasti fungování.

---

<sup>3</sup> Mezi dalšími argumenty pro zavedení syndromu záměrného sebepečkozování Muehlenkamp uvádí, že někteří autoři sebepečkozování vnímají jako méně závažnou položku na kontinuu sebevražedného chování (objevuje se to i v pojmech jako partial suicide nebo parasuicide), s čímž nesouhlasí a považuje za důležité sebepečkozující a sebevražedné chování jasně odlišit. Poukazuje také na vysokou komorbiditu s mnoha dalšími poruchami, přičemž ale sebepečkozování má své specifické rysy, navíc se, narozdíl od ostatních, jeví pouze jako dočasné dysfunkční chování (Muehlenkamp, 2005).

<sup>4</sup> Při tvorbě kritérií se Muehlenkamp silně inspirovala autory Kahan a Pattison (1984), Favazza a Rosenthal (1993) a Simeon a Favazza (2001).

## 2 VÝSKYT ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

### 2.1 Vzrůstající trend během posledních desetiletí

Záměrné sebepoškození se v posledních desetiletích stává diskutovanějším problémem a odborníci se domnívají, že se přímo dotýká větší a větší části populace. Dokonce ve spojitosti s tímto chováním někteří mluví o „*nové epidemii*“ šířící se mezi mladými lidmi nebo o „*anorexii nové doby*“ (D’Onofrio, 2007a). Nicméně protože předpoklady o vzrůstajícím trendu sebepoškození pramení především z údajů o přijatých pacientech na pohotovostní oddělení nemocnic po aktu sebedestruktivního chování bez ohledu na to, zda se jednalo o záměrné sebepoškození nebo sebevražedný pokus<sup>5</sup>, je třeba brát tvrzení o jednoznačnosti nárůstu tohoto chování s jistou obezřetností. Nejspíš k němu dochází, ale ne tak převratně, jak se někdy usuzuje.

Relevantnějším argumentem pro nárůst copingové strategie sebepoškození ve společnosti jsou potvrzující subjektivní výpovědi zahraničních odborníků a učitelů, že se ve své praxi se sebepoškozením setkávají stále častěji (D’Onofrio, 2007a; Hollander, 2008; McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006; Plante, 2007; Whitlock et al., 2009). Podobné zkušenosti v porovnání se situací před pěti, deseti lety mi sdělovali i psychologové a psychiatři na odděleních, kde jsem realizovala výzkumné rozhovory s dospívajícími, nicméně žádné z těchto zařízení přesná data neeviduje.

Co se týče posledních několika let, alespoň podle údajů Sdružení Linka bezpečí je výskyt sebepoškození dosti kolísavý. Sebepoškození jako samostatné téma telefonátů evidují od roku 2007 a od té doby počet takto laděných hovorů během dvou let měsíc co měsíc stoupal. Od února do prosince 2007 s tímto tématem volaly o pomoc děti a dospívající celkem 133krát, od ledna do července 2008 155krát, tedy během šesti měsíců jich volalo více než za celý předchozí rok. Zajímavým srovnáním je také počet takových hovorů za měsíc září – zatímco v roce 2007 bylo těchto hovorů 6, za stejné období o rok později už 21 (Ulbertová, 2008a). Ovšem když srovnáme celoroční počet hovorů za poslední 2 roky, pomyslná křivka začíná vyznívat o něco pozitivněji – pracovníci Linky bezpečí řešili téma záměrného sebepoškození v roce 2008 celkem 246krát, v roce 2009 „pouze“ 178krát<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Počet ošetřených pacientů po sebedestruktivním aktu v širším slova smyslu naznačuje nárůst tohoto chování v 80. a 90. letech 20. století, s počátkem 21. století se tento vývoj pozastavuje (v Austrálii Brakoulis, Ryan, Byth, 2006; ve Velké Británii O’Loughlin, Sherwood, 2005; Hawton et al., 2003, 2007).

<sup>6</sup> Pramenem jsou interní zdroje Sdružení Linka bezpečí.



Jestliže určitý nárůst sebepoškozujících se klientů v rámci posledního desetiletí připustíme, není ještě zcela jisté, že se muselo nutně jednat o skutečný nárůst tohoto chování i v celé společnosti. V poslední době začala o sebepoškozování více informovat média včetně nespočtu tématických internetových webů, a tak je zřejmé, že sebepoškozování vstoupilo do povědomí širší veřejnosti. Aniž by se potom nutně musel skutečný výskyt tohoto chování zvýšit, mohl být nárůst klientely obracející se na odborníky kvůli sebepoškozování způsoben či minimálně podpořen touto „normalizací“ - lidé se přestali tolik stydět o svém problému mluvit a byli proto také ochotnější vyhledat odbornou pomoc. Druhou možností však zůstává, že k reálnému nárůstu tohoto chování skutečně dochází. Zvýšená obeznámenost může lákat více lidí k tomu, aby v momentech psychické tísně zkusili vše, co jim může pomoci, tedy i sebepoškozování (Heath et al., 2008; Hollander, 2008).

Je velmi diskutabilní, jak se situace vyvíjí aktuálně a jaký trend nabere během let příštích, přičemž jak naznačují data Sdružení Linka bezpečí, je možné, že nastává doba jeho postupného zklidnění či mírného poklesu.

## 2.2 Rozdíly ve výskytu mezi muži a ženami

Strategie řešení zátěže prostřednictvím záměrného sebepoškozování bývá prisuzována spíše dívkám a ženám (Madge et al., 2008; Nixon, Loutier, Jansson, 2008). Poslední výzkumy však nemluví tak jednoznačně. I když dívky záměrné sebepoškozování v dotaznících přiznávají o něco častěji, rozdíly nejsou mnohdy statisticky významné, tak jako například při testování středoškoláků (Muehlenkamp, Gutierrez, 2007), vysokoškolských studentů (Brown, Williams, Collins, 2007; Gratz, Conrad, Roamer, 2002; Gratz, Chapman, 2007) nebo náhodně vybraných dospělých v USA (Briere, Gil, 1998). Pokud se rozdíl ve výskytu jako významný přece jen ukázal, stejně ale nebylo pravdou, že by chlapci tuto copingovou strategii volili jen zcela výjimečně<sup>7</sup> (Yates, Tracy, Luthar, 2008).

Mezi klienty zařízení, ve kterých se realizovala výzkumná část této rigorózní práce, se nicméně sebepoškozujících se chlapců objevuje výrazně méně než dívek. Je možné, že umí sebepoškozování lépe skrývat a nemají takovou tendenci jako dívky se s ním svěřovat, nejspíš

---

<sup>7</sup> V českém prostředí provedla výzkum prevalence záměrného sebepoškozování mezi dospívajícími pouze Franců v rámci praktické části své bakalářské práce. Na otázku „*Co děláš, když cítíš zlost, vztek, zoufalství, neštěstí nebo máš deprese?*“ ze zvolené nabídky vybíralo jednu či více odpovědí 307 dospívajících z 5ti brněnských základních nebo středních škol a odborných učilišť ve věku 12-20 let. Jednou z 19ti možností, jak překonat negativní emoce, bylo „*Ublížím sobě např. řezáním, pálením se*“. Poměr mezi chlapci a dívkami, kteří tuto možnost zvolili, byl téměř vyrovnaný: 16 dívek a 17 chlapců (tj. 10,81% dívek a 10,69% chlapců) (Franců, 2006).

se jim také sem tam nějaká jizva či modřina více toleruje, a tak se k odborné pomoci ani nedostanou. Chlapci navíc zřejmě upřednostňují spíše sebedestruktivní copingové strategie v širším slova smyslu, jako jsou závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Objektivní zdůvodnění si však žádá doposud chybějící odborné zkoumání.

V rámci výzkumné části této rigorózní práce jsem hovořila i s několika chlapci. Zdálo se, že projevy i motivy sebepoškozování jsou u nich velmi podobné s charakteristikami zmiňovanými dívkami.

Zkrácený přepis rozhovoru se 17letým chlapcem:

A: Kdy sis poprvé ublížil?

P: V 16ti, v půlce října loňského roku, takže asi před 4 měsíci. Psal jsem si se svojí holkou, nevím, co mi už napsala, ale hrozně mi to ublížilo. Na jednu stranu jsem byl hrozně naštvanej a na druhou jsem strašně brečel, praštil jsem rukou do zdi, až jsem v ní udělal díru. Pak jsem šel dolů do kuchyně, tam jsem se svalil na zem, strašně jsem brečel a kopal kolem sebe. Pak jsem si všiml, že tam je nůž, tak jsem to udělal. Podíval jsem se na to a začal jsem brečet ještě víc. Pak jsem se začal smát.

A: Co si myslel, že se tím stane?

P: Já se nechtěl zabít, prostě jsem měl vztek, chtěl jsem si jenom ublížit. To je rozdíl. Čekal jsem, že se uklidním. Říkal jsem si, že si to zasloužím. Byl to pro mě asi i trest.

A: Slyšel jsi o sebepoškozování už předtím?

P: Něco málo jo, jako že to existuje a že se to spojuje se stylem emo. To ale já nejsem, dělat něco takového kvůli stylu je blbost. A ani nikoho takového neznam.

A: Ty si to pak zopakoval?

P: Pak přišel asi tejden na to další impuls, už ani nevím jak, a zase jsem to udělal. Ono toho bylo víc, problémů, s tím vztahem a tak. Začal jsem posírat věci, který jsem zkazit nechtěl. Byl jsem náladovej a v těch náladách jsem třeba řekl věci, který jsem nechtěl a zkazil jsem všechno, na co jsem šáhnul. To se týkalo všech - mámy, nevlastního otce, spolužáků, tý holky, kámošů, čehokoli a kohokoli. Pak jsem to dělal čím dál tím častěji. Nakonec už to bylo každý den. Než jsem se sem dostal, tak jsem se pokusil zabít, předávkoval jsem se. Jsem rád, že se mi to nepovedlo.

A: Co je to za situace, kdy si ubližuješ?

P: Je to nějaký afekt, asi když jsem ve stresu, když mě někdo zažene do kouta, psychicky. Nevím, třeba mě do něčeho nutí nebo říká věci, který nejsou pravda, ale stojí si za nimi. Cokoli. Jenom ale když je to namířený přímo proti mě, jinak mi je to jedno.

A: Ubližuješ si i jinak než tím řezáním?

P: To ne, jen to řezání.

A: Můžeš mi zkusit popsat, jak ses cítil předtím a potom?

P: Předtím, takový zoufalství. Bezvýchodná situace. A ten vztek. Potom prázdno, chlad, vnitřní. Ten mi byl příjemnej. Vydrželo mi to ze začátku docela dlouho, pak jsem se ale musel začít řezat víc, hloub.

A: Cítíš u toho bolest?

P: Ne. Vůbec. Ani štípání, ani když se říznu hloub.

A: Jak dlouho nad tím přemýšlíš dopředu?

P: Nepřemýšlím nad tím, prostě se to v jednu chvíli stane. Mam třeba depresi a tyhle pocity, během sekundy se rozhodnu a udělám to. Není to jako že bych 3 hodiny přemýšlel, jestli se pořežu, to fakt ne.

A: A ve škole si tu chuť nikdy nedostal?

P: To asi jo, jak jsem to dělal často, tak pak už jsem na to měl i chuť, líbilo se mi to, líbila se mi ta krev, jak to teče, jak jsem si rozřezal ruku, prostě se mi to líbilo celý. Líbilo se mi i to, jak to vypadá.

A: Tobě nevadí, že máš na ruce jizvy?

P: Tak stejně se jich nezabavím.

A: Ale nemusíš přidělovat další... Když se podíváš na tu ruku, vzbuzuje to v tobě něco?

P: Asi ne. Jako jedno mi to úplně není, tak budu mít jizvy na ruce, tak se s tím musím smířit. Je jasný, že přidělovat další je hloupost, ale když se to stane... nemělo by.

A: A co vaši, ty si toho nikdy nevšimli?

P: Ne, ani jsem nechtěl, aby to věděli. Kdybych chtěl, tak si toho všimnou. Dělal jsem to, i když byli doma, řezal jsem se většinou v pokoji. Asi umím dobře skrývat, stejně jako svoje pocity a tak. Myslím si, že je to nebezpečný to dávat navenek všem. Nakonec jsem za nima pak přišel, když jsem se objednal na tu psychiatrii, tak jsem jim to řekl. Psychiatricku jsem si sehnal na začátku prosince. Máma se ptala, proč to dělám a tak, ale brala to docela s klidem. Táta se nevyjadřoval, jako vždycky.

A: Máš pocit, že tě pochopili?

P: To ne, ale to nechápe hodně lidí, proto ty píšeš tu práci, ne? (smích)

A: Myslím, že tomu začínám rozumět.

P: (Pochybovačná reakce.)

A: Myslíš, že se musím pořezat, abych tomu porozuměla?(s nadsázkou)

P: Jo, pak to pochopíš. Je to pravda... ale nedělej to!

A: Vraťme se k těm rodičům. Pomohli ti sehnat tu psychiatricku?

P: To ne, to už jsem si sehnal sám. Veškerou pomoc jsem si sehnal sám.

A: Jako to děláš celý život.

P: Přesně (smích).

A: Věděl o tom taky někdo mimo rodinu?

P: Ne, až teď. Teda ta holka to ví. Nic na to neříkala. Prostě nic. Nic. Řekla "Hm". Nechápala to. Já bych jí moc neřešil.

A: Chtěl bys přestat?

P: Asi jo.

A: Co je ten důvod?

P: Důvod. Lidi kolem mě. Když se člověk řeže, tak tím potápí lidi kolem sebe, lidi, kterejm na mě záleží. Je jim to líto a táhnou je sebou dolů.

A: Máš i jinej důvod přestat než ostatní lidi?

P: Asi ne, mě to nevadí. Kdybych nikoho neznal a nikdo neznal mě, tak se zabiju a je mi to jedno, úplně. Jenže znam spoustu lidí a spousta lidí zná mě. Takže to není správný, zranil bych je.

A: Co ti může pomoci v tom, abys přestal?

P: Budu tady. Rozhodl jsem se, tak jsem tu. Hlídej mě, někdo se tu se mnou baví a mam čas tady přemyslet. To je to, co mi teď může nejvíc pomoci.

## 2.3 Výskyt během životního cyklu

Záměrné sebepoškozování se prolíná všemi věkovými obdobími člověka. V každém období však mívá trochu jinou podobu a výskyt. Protože se tato práce týká období dospívání, bude mu i v této kapitole věnováno nejvíce prostoru.

### 2.3.1 Předškolní a mladší školní věk

O záměrném sebepoškozování v dětství je v literatuře jen velmi málo zmínek. Nicméně v osobních výpovědích rodinných terapeutů jsem se s nimi již setkala, stejně jako i u několika dospívajících během rozhovorů pro výzkumnou část této práce. Proto se dá předpokládat, že sebepoškozování v předškolním nebo mladším školním věku není záležitostí zcela výjimečnou a zasloužilo by si větší pozornost odborné veřejnosti.

Jedna z dívek, která se znovu začala poškozovat v 15ti letech, mi sdělila: „*To jsem dělala asi i dřív, ale to bylo jenom, to nebylo nic vážnýho, jenom jsem se škrábala nehtama, ale to jsem byla fakt malá. Prostě když se rodiče hádali, tak ... Bylo mi asi 8. To jsem dělala skoro furt. Bylo to období, pak jsem s tím zas přestala. Nevěděla jsem, co s tím.*“

### 2.3.2 Dospívání

Dospívání je v celé této práci pojímáno jako období tvořící most mezi dětstvím a dospělostí přibližně od 11ti do 20ti let. Specifičtěji bývá členěno na časnou adolescenci od 11ti do 13ti let (od nastartování pohlavního dozrávání do dosažení schopnosti biologické reprodukce), střední od 14ti do 16ti let (rozvoj kultury mládeže, kdy začíná pravé hledání identity) a pozdní od 17ti do 20ti let, kdy dospívající směřují k přijetí role dospělých (Macek, 1999; Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006).

Dospívající člověk je nucen řešit celou řadu vývojových úkolů i složitých dilemat bio-psycho-sociálního rázu. Buduje si vlastní identitu, o kterou by se mohl v budoucnu pevně opřít, ale teď mu ještě schází a naopak je zmítán vnitřními dilematy a pochybnostmi. Chce se také postavit na vlastní nohy, poradit si i bez rodičů. I když je přesvědčen, že nejlépe mu můžou porozumět kamarádi, kteří prožívají stejné trable s hledáním a navazováním vztahů, s vyrovnáváním se s rychle se měnícím tělem i s vyjednáváním s rodiči o pravomocích a povinnostech, stále je rodičovská podpůrná síť pro dospívajícího velmi důležitá. Unést vývojové změny, „zproblematizované“ i vyšší schopností sebereflexe a nazírání sebe i svého okolí z více úhlů pohledu, nemusí být vždy lehké, a proto jsou rodinná harmonie a domov

jako místo, kam se může člověk rád vracet, v období dospívání tolik důležité (Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006).

V tomto období se kříží dvě tendence: adolescenti mají potřebu zkoušet nové role a možnosti, proto testují hranice a experimentují. Zároveň však silněji než kdy jindy pociťují vlastní neohroženost. Proto v tomto věku tak často zkouší, kam až mohou zajít - volí rizikové aktivity, jako je užívání drog, poruchy příjmu potravy, útky, nezávazné sexuální praktiky, agresivní řízení apod., které jim pomáhají vypořádat se se svou aktuální situací (Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006). Snadno dostupným způsobem, jak kontrolovat své emoce, případně i navenek komunikovat svou nepohodu, je záměrné sebepoškozování, které mívá právě v tomto období svůj počátek.

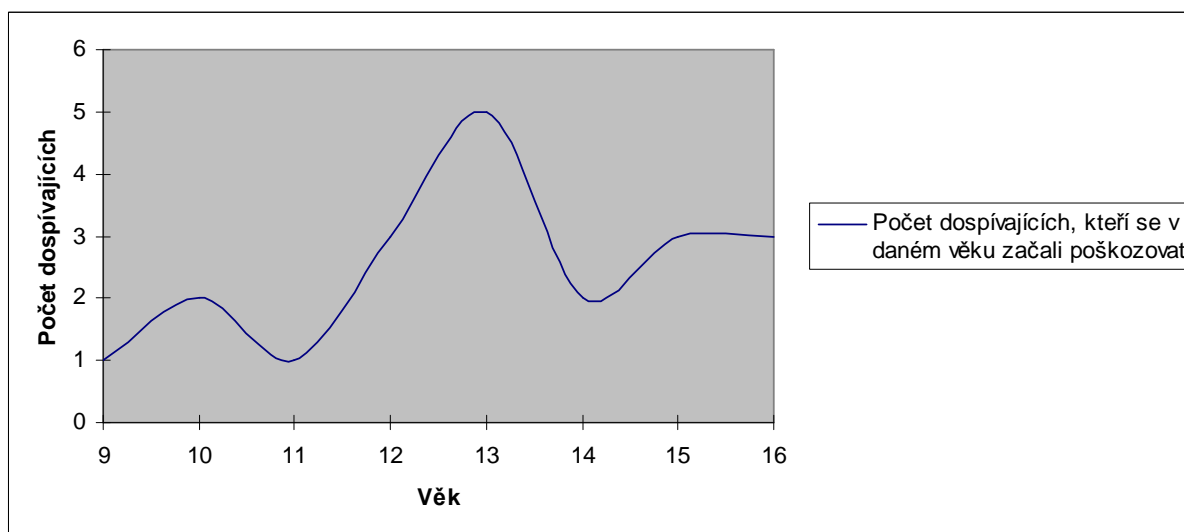
Plante popisuje, že pro adolescenci je charakteristické dělání spousty špatných věcí z dobrého důvodu. A tak pojímá záměrné sebepoškozování zcela neklinicky jako špatný způsob, jak si pomoci k dosažení nezávislosti (především od rodiny), intimity a identity. To jsou podle ní tři klíčové otázky adolescence, na které když se dospívajícím nedaří najít „odpověď“, volí právě tuto sebedestruktivní strategii (podobně jako i jiné formy chování spadající do chování rizikového) (Plante, 2007). S tím souhlasí i Diamond a Suyemoto s MacDonaldem, kteří v dospívání vyzdvihují především potřebu dosažení autonomie. Ta podle nich následně usnadňuje utvářet si jasné představy sama o sobě (Diamond et al, 2005; Suyemoto, MacDonald, 1995). Plante zdůrazňuje, že k naplnění jí vymezených tří vývojových úkolů může dospívajícím pomoci schopnost tolerovat silné emoce, upevněné sebevědomí a do třetice pocit propojení s ostatními, tedy i s rodinou (Plante, 2007).

Z výzkumů vyplývá, že na sebe dospívající prvně vztahují ruku na přelomu časně a střední adolescence, průměrně mezi 13. a 14. rokem (Aizenman, Jensen, 2007; Briere, Gil, 1998; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007; Murray, Fox, 2006). Ublížení si ale v 10ti a méně letech není rozhodně výjimkou (Aizenman, Jensen, 2007; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008). Kriegelová s odvoláním na další autory upozorňuje, že počátky ubližování si sahají stále častěji k nižšímu a nižšímu věku dětí (Kriegelová, 2008). Na druhou stranu však poměrně početná skupina začíná se sebepoškozováním experimentovat spíše později - v pozdní adolescenci a časně dospělosti (Heath et al., 2008). Tak se dospívající stávají věkovou skupinou s nejvyšším rizikem propadnutí záměrnému sebepoškozování v obdobích zvýšené zátěže<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Mladí lidé od 15 do 24 let jsou také největší věkovou skupinou pacientů ošetřených na pohotovostech po aktech sebedestruktivního chování v širokém slova smyslu (v Austrálii Brakoulias, Ryan, Byth, 2006; ve Velké Británii O'Loughlin, Sherwood, 2005; Hawton et al., 2003, 2007; Ayton, Rasool, Cottrell 2003).

Průměrný věk prvního ublížení si mezi dospívajícími, se kterými jsem měla možnost hovořit, lehce přesahoval 13 let. Tomu odpovídá i rozložení znázorněné na následujícím grafu.



Podle jediného výzkumu v českém prostředí, který realizovala Franců v Brně, ventiluje negativní emoce sebepoškozováním 10,75% žáků a studentů ve věku 12-20 let (Franců, 2006). Tento výsledek odpovídá i reálnějším odhadům repetitivní podoby tohoto chování ve velké části zahraničních výzkumů, které ve svých závěrech usuzují na 9-16% dospívajících (Tab. č.3). Přepočteno na školní třídu a zprůměrováno by to znamenalo, že si opakovaně vědomě ubližuje vždy několik dětí v každé školní třídě.

Záměrné sebepoškozování je velmi latentní formou chování, a tak není lehké zrealizovat objektivní výzkum jeho skutečného výskytu. Mezi zahraničními výsledky těchto výzkumů se proto objevují velmi podstatné výkyvy, přičemž v některých z nich přiznalo záměrné sebepoškozování až 40% dospívajících (Tab. č.3). I když jsou zaměřeny na běžnou neklinickou populaci a záměrné sebepoškozování je v nich jasně definováno jako chování bez jednoznačného sebevražedného záměru<sup>9</sup>, do zkoumání vstupuje mnoho nežádoucích proměnných<sup>10</sup>. Přehled zahraničních výzkumů zobrazuje Tab. č.3.

<sup>9</sup> V nedávné době proběhl obrovský mezinárodní výzkum srovnávající sebedestruktivní chování v 6 evropských zemích a Austrálii s názvem Child & Adolescent Self-harm in Europe Study (Madge et al., 2008). Z důvodu nevyloučení sebevražedných pokusů z definice sebepoškozování však není studie pro tuto práci vypovídající.

<sup>10</sup> Takové výzkumy se odehrávají především na základních a středních školách. Z univerzitních studentů jsou nejčastěji dotazováni studenti psychologie. Kromě možného zkreslení způsobeného zkoumáním pouze této specifické skupiny je zavádějící i fakt, že aby studenti získali kredity, musí si zvolit účast v některém z nabízených výzkumů, při zvolení výzkumu o sebepoškozování se tedy jedná o sebevýběr.

Mezi další metodologické nesrovnalosti mezi jednotlivými výzkumy patří již zmiňovaná nejednotnost definicí záměrného sebepoškozování, zvolený způsob dotazování i výběr konkrétního dotazníku a odlišně volené věkové skupiny i doba, na kterou jsou respondenti dotazováni, zda si během ní ublížili. Výsledky výzkumu může

<b>Autor (rok), země</b>	<b>Velikost a složení vzorku; zvolený dotazník</b>	<b>Věk</b>	<b>SP za život</b>	<b>SP více než 1</b>	<b>SP poslední rok</b>
Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema (2008), USA	94 pouze dívek; FASM (Lloyd, Kelley and Hope, 1997)	<b>10-14</b>	56%		36%
	94 pouze dívek; pouze pořezání se nebo popálení (považují za reálnější odhad)	<b>10-14</b>			22,3%
Bjärehed, Lundh (2008), Švédsko	202 (51% dívky); DSHI-9 (Gratz, 2001), test-retestová metodologie po 2 měsících	<b>14</b>		11,5-14,5% 5krát a více	37-40% za posledních 6 měsíců
Matsumoto et al. (2008), Japonsko	1726 (54% dívky); Vlastní dotazník: Pořezal ses někdy záměrně?, tj. pouze řezání	<b>12-17, prům. 14,5</b>	9,9%		
Yates, Tracy, Luthar (2008), USA	1036 ze západního pobřeží (52% dívek); FASM (Lloyd, Kelley and Hope, 1997)	<b>14-17</b>		29,5% ze západního pobřeží	37% ze západního pobřeží
	245 v longitudinální studii z východního pobřeží (53% dívek); FASM	<b>11-17</b>		16% z východního pobřeží	26% z východního pobřeží
Ross, Heath, Toste (2009), Kanada	440 (50,2% dívky), ot. Ublížil/a sis někdy záměrně? (ověřeno v rozhovoru)	<b>12-17</b>	20,5% (písemně), 13,9 % (ověřeno: rozhovor)	11,5% více než 1 10,1% více než 4krát	
Muehlenkamp, Gutierrez (2007), USA	540 (62,3% dívky), SHBQ (Gutierrez, Osman, Barrios et al., 2001), část vzorku sehnán přes inzerát za finanční odměnu	<b>prům. 15,5</b>	16,1%	5,5% 2-3krát 3,5% 4 a vícekrát, celkem 9%	9,5%
Fortune, Sinclair-Hawton (2008), Velká Británie	3000 (54% dívky), vlastní dotazník	<b>15-16</b>	11%		

Tab. č.3: Výzkumy výskytu záměrného sebepoškozování realizované na školách

### 2.3.3 Nastupující dospělost

I v životním období, kdy lidé přechází od adolescence k plné dospělosti, je výskyt záměrného sebepoškozování stále na vrcholu. Když se Kanadanky Heath et al. ve svém výzkumu dotazovaly populace časně dospělých (20-25 let) na preferované copingové styly, 11,7%

---

ovlivňovat i skutečnost, že jde o sebesuzování. Záměrné sebepoškozování je forma sociálně nežádoucího chování, respondenti tedy mohou mít tendence neodpovídat zcela pravdivě.

respondentů ve své historii záměrné ublížení si přiznalo (Heath et al., 2008). Podle jiných výzkumů z USA si během posledních několika let záměrně ublížilo 9-10,5% univerzitních studentů<sup>11</sup> (Brown, Williams, Collins, 2007; Kimball, Diddams, 2007).

### **2.3.4 Střední a pozdní dospělost, stáří**

V dospělosti (od 26ti let) a stáří (od 65ti let) výskyt záměrného sebepoškozování výrazně ustupuje. Z nemnoha výzkumů zabývajících se touto populací poukazuje na pokles výskytu rozsáhlý americký výzkum vědecké dvojice Briere a Gil, kteří na vzorku téměř tisícovky náhodně vybraných respondentů ve věku 18-90 let (s průměrem 45 let) zjistili, že se z nich během posledních 6ti měsíců záměrně poranily 4%, přičemž jen 0,3% jich uvedlo, že často (Briere, Gil, 1998).

O záměrném sebepoškozování v dospělosti a stáří je jen málo dostupných informací. A když už se termín sebepoškozování v jejich spojitosti objeví, ve skutečnosti se ve většině případů jedná o chování sebevražedné. Nicméně i někteří senioři si záměrně ubližují, aniž by byl jejich čin motivován suicidálním úmyslem (Dennis et al., 2007). Proto by jistě stálo za to, aby odborníci věnovali kus své pozornosti také zvláštnostem záměrného sebepoškozování u této věkové skupiny. Jistá specifika se už kvůli zřetelným změnám emočního prožívání ve stáří dají očekávat.

## **2.4 Výskyt v klinické populaci**

Mezi záměrným sebepoškozováním a některými duševními poruchami existuje jasná souvislost. I proto je výskyt ubližování si v klinické populaci znatelně vyšší. Například Briere a Gil odhalili časté sebepoškozování u 0,3% dospělé populace osob, které se nikdy neléčili s psychickými problémy, zatímco mezi klinickým vzorkem jim časté ubližování si přiznalo 8% dotázaných, během posledního půl roku se minimálně jednou záměrně poranilo dokonce 21% (Briere, Gil, 1998). Sandman a Hetrick prevalenci specifikují a z citovaných výzkumů usuzují na přítomnost tohoto chování u 40% hospitalizovaných psychotických dětí a mezi 15 až 30% hospitalizovaných dětí s vývojovými poruchami (Sandman, Hetrick, 1995).

---

<sup>11</sup> I mezi výzkumy mladých dospělých jsou obrovské rozdíly ve výsledcích. Mezi americkými vysokoškolskými studenty psychologie přiznalo ve výzkumech, na kterých se podílela Gratz záměrné sebepoškozování někdy ve svém životě (podle DSHI nebo její zkrácené verze) 37-44% studentů, přičemž u většiny se nejednalo o jednorázový experiment (Gratz, Conrad, Roamer, 2002; Gratz, 2006; Gratz, Chapman, 2007). Tento vysoký odhad však může být lehce zpochybněn metodologií výzkumu – samovýběrem respondentů i množstvím předložených forem sebepoškozování.



### 3 MOTIVACE A FUNKCE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Když se někdo pořeže nebo si jiným způsobem sám ublíží a navíc se jedná o dítě nebo dospívajícího, vyvolá tím ve svém okolí různé reakce – od přehnané pozornosti a empatického porozumění až po velmi časté nepochopení či dokonce odsouzení. Vyvolá ale také mnoho otázek, mezi nimiž jednoznačně vítězí zdánlivě jednoduchá otázka - PROČ.

#### 3.1 Funkce záměrného sebepoškozování z pohledu teoretických koncepcí

Každá teoretická koncepce má svá vlastní východiska a věnuje stěžejní pozornost jiným funkcím záměrného sebepoškozování. Jejich shrnutí vytvořila dvojice odborníků Suyemoto, MacDonald (1995) a Kriegelová (2008).

**Model čerpající z psychoanalýzy** staví na pudech Eros a Thanatos. Sebeпошкозовání odůvodňuje buď touhou po sexuálním uspokojení, popřípadě po vyhnutí se sexuálnímu vzrušení nebo po potrestání se za své touhy, nebo na druhou stranu jako způsob, jak odvrátit sebevraždu.

**Behaviorální model** považuje copingovou strategii sebepoškozování za produkt převážně sociálního učení a klade důraz na podstatný vliv prostředí na jeho posilování. Představitelé tohoto modelu Nock a Prinstein berou v úvahu nejen sociální, ale také individuální posílení, které dále může mít pozitivní nebo negativní formu - pozitivní je způsobeno nástupem žádoucího účinku, negativní odstraněním podnětu nežádoucího. Kombinací těchto dvou dimenzí vznikají čtyři základní funkce sebedestruktivního chování. U různých lidí tak mohou dominovat různé funkce<sup>12</sup> (Nock, Prinstein, 2005), přičemž převaha interních distresů (depresivních symptomů) souvisí s emočně-regulační funkcí, kdežto externí distresy (vliv vrstevníků) podmiňují sociální funkci ubližování si (Hilt, Cha, Nolen-Hoehsema, 2008).

---

<sup>12</sup> Nock a Prinstein tvrdí, že u jednoho člověka může záměrné sebepoškozování naplňovat více funkcí, přičemž tou nejčastější je zastavení nepříjemných pocitů, tedy individuální negativní posílení. Tato skupina nejčastěji uvádí kromě sebepoškozování i sebevražedné pokusy a pocity beznaděje. Naopak individuální pozitivní posílení, tj. touha cítit alespoň něco, je nejsilnější u těch, co zažívají pocity prázdnoty, odcizení a anhedonie. Ti, pro které je nejdůležitější sociální posílení, tráví významně více času dumáním o sebepoškozování a také tvoří mladší věkovou skupinu. Sociálně pozitivní posílení pak bývá spojeno s vyšším počtem epizod sebepoškození u kamaráda (Nock, Prinstein, 2005).

<b>Individuální (emočně-regulační)</b>	negativní posílení	„Zbavit se nepříjemných pocitů.“
	pozitivní posílení	„Cítit alespoň něco, i když je to bolest.“
<b>Sociální (interpersonální)</b>	negativní posílení	„Vyhnout se děláním něčeho nepříjemného, trestu.“
	pozitivní posílení	„Získat si pozornost nebo přístup k ostatním.“

*Zpracováno podle: Nock, Prinstein, 2005*

Tab. č.4: Funkční model sebepoškozování podle typu posílení

**Model afektivní regulace** má své prameny v ego psychologii. Podle něj si člověk ubližuje kvůli zažitým introjektům z dětství, že on je ten špatný. Sebeпошкоzování buď přináší úlevu při silném naštvaní nebo úzkostech, nebo naopak ukončuje disociativní stavy. Dochází tak k vnitřnímu sjednocení. Podle dalšího **modelu interpersonálních hranic** jde také o sjednocení, ovšem o sjednocení sebe sama vůči druhým. Svě kořeny má tento model v teorii objektivních vztahů a obrací se k dětství a primární vazbě. Jako příčinu sebepoškozování vidí nezdařenou separaci a diferenciaci, ubližováním si člověk ujasňuje své hranice.

Každá z teorií vysvětluje určité aspekty sebedestruktivního chování a zdůrazňuje vybrané motivy a funkce zmiňované v následujících kapitolách. Pro porozumění záměrnému sebepoškozování dospívajících v kontextu rodiny se však jako nejvhodnější jeví model poslední, **systémový**. Ten vnímá záměrné sebepoškozování jako symptom, který se objevuje, když rodina nebo jiný významný systém (například nemocniční oddělení) nefunguje tak, jak by měl. Cílem symptomu je udržet homeostázi systému prostřednictvím převzetí odpovědnosti a získání nebo odvrácení pozornosti od problému jiného. Například hádky mezi rodiči mohou být odvráceny obavami o dceru či syna, který si začne ubližovat. Rodina jakožto systém může zcela nevědomě tento vzorec chování u sebepoškozujícího se dospívajícího podporovat a v zájmu zachování homeostáze v rodině ho udržovat (více v kapitole 8).

### 3.2 Funkce záměrného sebepoškozování z pohledu sebepoškozujících se

Motivy a očekávání od první epizody sebepoškození se mezi dospívajícími značně liší. Dvě dívky mi shodně vyprávěly, že poprvé to byla nešťastná nehoda, kdy se o něco řízly – jedna se řízla při holení, druhá při manipulaci s nůžkami. I v dalších třech případech sehrála jistou roli náhoda – ve chvíli rozlady se jim třeba rozbilo zrcátko, uviděli na stole ležet nůž nebo na ně v koupelně vypadly otcovy žiletky. Neobvyklý byl také první experiment dívky z úvodního rozhovoru, která si nejprve malovala po noze propiskou, což jí přivedlo k nápadu si obrys srdíčka vyrýt něčím ostrým. Tento první zážitek jim přinesl úlevu, tak se v tom rozhodly po čase pokračovat už záměrně. Zbývajících jedenáct dospívajících se prvně zranilo zcela spontánně, cítili, že to chtějí udělat, chtějí si nějak ublížit.

Počáteční očekávání byla různá – úleva od pocitů bezmoci, vzteku, úzkosti či depresivní apatie, potrestání se nebo upoutání pozornosti rodičů. Tyto předpoklady u 16 z nich, tedy u více jak tří čtvrtin, pramenily z toho, že už předtím někde zaslechli, že to „pomáhá“. Buď si ubližoval někdo v jejich okolí, nebo se o tom dozvěděli na internetu, z časopisů nebo z filmů či dokumentů. Než to poprvé zkusili, shodně takové lidi odsuzovali a toto sebedestruktivní chování jim přišlo „divné“.

Stejně jako první motivy a zkušenosti se sebepoškozováním jsou různé, tak i důvodů, proč si dospívající ubližují opakovaně, je mnoho, vzájemně se mísí a kombinují a mohou být i částečně nevědomé. Věnovalo se jim mnoho zahraničních výzkumů (Allen, 1995; Briere, Gil, 1998; Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005) a lze je shrnout do několika kategorií. Sebepoškozování zajišťuje kontrolu nad vlastními emocemi, ať už pomáhá k dosažení úlevy od záplavy negativními emocemi nebo naopak ukončuje pocity prázdnoty. Mezi kategorie další patří potřeba potrestat se, prostředek komunikace s okolím nebo způsob předcházení použití fyzické agrese proti ostatním nebo proti sobě v podobě sebevraždy.

Jak již bylo uvedeno, záměrné sebepoškozování je copingovým mechanismem, který dospívajícím pomáhá **zvládnout nepříjemné emoce**, ať už jsou jakékoli. Vztek, smutek, lítost, bezmoc, výčitky. Ublížení si je zárukou **uvolnění nahromaděných nesnesitelných emocí**, způsobuje snížení tenze či zlosti a potlačuje bolestivé vzpomínky. Přináší celkovou psychickou úlevu a zklidnění, alespoň krátkodobý únik od reality, někdy až euforii a pocity štěstí.

Efekt úlevy, uvolnění a uklidnění uvedli v rozhovorech všichni do jednoho. Vysvětlovali to odreagováním se, převedením pozornosti pryč od problémů, ať už někteří vyzdvihovali bolest nebo jiní spíš krev. 17letá slečna popsala důvody svého sebepoškozování takto: „*Dělám to pro tu bolest, ta přehlušuje bolest psychickou. V poslední době to dělám ještě víc pro tu krev, pomáhá mi, když ji vidím. Uklidní mě to, líbí se mi to... to je hrůza takhle o tom mluvit.*“

Někteří dospívající mají při velkém stresu naopak sklony disociovat, potlačují emoce a místo nich prožívají stavy emoční prázdnoty a odcizení. Říznutím si ale zajistí pocítění bolesti, něčeho konkrétního a reálného. Je to nejspíš i pohled na krev, co jejich **pocity depersonalizace a derealizace ukončí**, uzemní je a potvrdí jejich vlastní existenci.

Většina dospívajících, se kterými jsem mluvila, zdůvodňovala sebepoškozování spíš přetlakem emocí než pocity prázdnoty. Jako návrat do reality a její jasné pocítění však některé své epizody prožívala dívka, kterou ve chvílích samoty pohlcoval pocit, že s ní v pokoji někdo je. Tyto nepříjemné obavy někdy nabývaly podoby sluchových nebo vizuálních halucinací, které se jí dařilo sebepoškozováním účinně zahnat.

Sebepoškození je tedy stejně jako při přetlaku nástrojem ke znovuzískání kontroly nad svými emocemi. I při prožitcích bezmoci je pro sebepoškozující se dospívající jistotou, že alespoň něco dokážou sami ovlivnit, své pocity.

Na pocity bezmoci naráží mnoho dospívajících – neví, co udělat, aby se rodiče nehádali, aby byli chytřejší, aby se sami cítili lépe,... Tak popsala i jedna dívka situaci, ve které si poprvé ublížila: *„Prostě mě všechno štválo, nevěděla jsem, co mám dělat. Když jsem nemohla udělat něco někomu jinému, tak aspoň sobě.“*

Uvedený výrok jasně naznačuje i další důvod, proč se na sebe mladí lidé rozhodnou vztáhnout ruku – kvůli úlevě a „očistění od viny“, které se dostaví jako důsledek **potrestání se**.

Aspekt potrestání se zmínilo během našeho povídání 15 dospívajících, tedy rovné tři čtvrtiny. Dívky s mentální anorexií se trestaly za nabraná deka, ostatní za hádky s rodiči, problémy ve škole nebo třeba i za problémy mezi matkou a otcem, za které se obviňovali. 14letá dívka to vysvětlovala takto: *„Když se potrestám, dává mi to pocit, že jsem za to zaplatila i já, protože mámu ty známky i hádky kolem mrzí. Když se potrestám i já, přijde mi to pak spravedlivější. Prostě když se říznu, tak zase jedu od nuly, od začátku, očistím se od svých starých chyb, a tak se mi uleví.“*

Sebepoškozování bývá mnohdy zjednodušeně chápáno pouze jako manipulativní demonstrativní akt nebo jako pokus o upoutání pozornosti a zesílení vlastní zajímavosti, což sebepoškozující se dospívající obvykle striktně odmítají. Nicméně **prostředkem komunikace** s okolím sebepoškozování nepochybně je. Ať už se tak děje vědomě či nevědomě, je to signál, že něco není v pořádku. Bagatelizace takového chování může být velmi nebezpečná. Jak píše Kriegelová: *„Mezi nejvíce frustrující reakce patří absolutní ignorace (...), negativní pozornost je lepší než žádná“* (Kriegelová, 2008, s. 109).

Přesně to se potvrdilo i v mých rozhovorech s dospívajícími – když o ně doma nebyl zájem pozitivní, ať je klidně negativní, hlavně ať je aspoň nějaký. Co se týče manipulace s ostatními a demonstrativnosti tohoto chování, dospívající je v rozhovorech jednoznačně popírali, i když několik z nich nepřímo zmínilo, že jim chtěli potrestat také někoho v okolí nebo že jim rodičům vyhrožovali. Někteří také připouštěli, že nakonec byli rádi, když se o jejich zraněních někdo dozvěděl a začal si jich a jejich problémů všímat. Že by však chtěli svým chováním primárně upoutat pozornost někoho konkrétního, to přiznala pouze jediná dívka. Vyprávěla, že zaslechla o jiné dívce ze školy, že díky záměrnému sebepoškozování získala pozornost matky a

jejich vztah se zlepšil. Tak to zkusila také: „Když už jsem viděla, že se se mnou mamka ani přes ty problémy bavit nebude, že už to bude jenom horší, tak jsem si ublížila a chtěla jsem, aby si toho konečně všimla. Chodila jsem okolo, cokoli jsem dělala, tak jsem dělala tak, aby si těch ran všimla, aby to bylo vidět, aby viděla tu ruku. Ona si toho ale nevšimla. A pak jsem zjistila, že čím víc jsem si ubližovala, tím víc mi to pomáhá i psychicky.“

Sebepoškozování může sloužit také jako zcela jasný a konkrétní komunikační prostředek. Dospívající, kteří si na ruku vyryli nápisy „help“ nebo „sorry“ tím vysílali jasnou zprávu.

Méně časté důvody se vážou přímo k **vyjádření agrese** – buď člověk ublíží radši sobě, než aby zranil ostatní, nebo sebepoškozování vnímá jako brzdící páku, jak zastavit rozjeté myšlenky na spáchání sebevraždy. D’Onofrio dodává očistnou funkci sebepoškozování, kterou zmiňují především ženy v minulosti sexuálně zneužité nebo znásilněné. S krví se odplaví i pocity zahanbení, viny, pošpinění a znehodnocení (D’Onofrio, 2007a).

Důvody sebepoškozování mohou být velmi individuální, mohou se vzájemně kombinovat a navíc ne každý je schopný je nahlédnout a vyjádřit. Nejdůležitější a nejděsivější zároveň nicméně zůstává fakt, že sebepoškozování je alespoň podle dospívajících, kteří s ním mají zkušenost, rychlou a účinnou metodou, jak dosáhnout regulace svých emocí. Metodou, která opravdu funguje. Hledání adaptivnější strategie řešení problémů je tak značně ztíženo, protože mnoho dospívajících jednoduše nevidí důvod, proč by se sebepoškozováním měli přestat, když v podstatě jedinou daní za toto chování jsou jizvy.

## 4 PRŮBĚH ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZENÍ

Sebepoškození bývá impulzivním činem. Dlouhodoběji o něm člověk přemítá a plánuje ho při první epizodě, u těch dalších se ale rozhoduje v rámci minut, maximálně několika desítek minut (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008; Nock, Prinstein, 2005). Dospívající chce sebedestruktivní čin obvykle vykonat o samotě, i když jsou i případy, kdy vyhledá přítomnost kamarádky nebo sourozence. Jizvy pak nejčastěji schovává, popřípadě o nich řekne jen několika málo lidem, kterým důvěřuje. Lékařskou pomoc vyhledá jen zlomek potenciálních pacientů, odhady se pohybují od 3 maximálně do 21% (Bjärehed, Lundh, 2008; Brown, Williams, Collins, 2007; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008).

Dospívající, se kterými jsem měla možnost hovořit, se do jednoho shodli v tom, že když dostanou chuť si ublížit, prostě to do několika minut udělají. Spíš výjimečně se snaží to oddálit, ale obvykle si potom stejně ublíží a zranění je pak ještě víc.

Kromě dvou dívek si všichni ostatní ubližovali vždy jen o samotě, obvykle ve svém pokoji nebo v koupelně či na toaletě. Zmíněná dvojice dívek si byla velmi podobná nejen intelektem na spodní hranici průměru, ale také výrazným užíváním sebepoškozování kromě vlastního uvolnění také ve vztahu k ostatním – své rány nijak neskrývaly (jedna z nich jich měla dokonce plný obličej) a přiděláním dalších vyhrožovaly svému blízkému okolí, když nebude „po jejich“. Tyto dvě slečny se řezaly například i ve škole nebo venku, kdekoli. Někdy samy, někdy pod dohledem vrstevníků. Jedné z nich ani nevadilo, když ji při ubližování si sledoval mladší bratr, kterému mohlo být teprve 9, 10 let. Protože mu však vyčítala smrt pejska, je možné, že i vůči němu toto chování sloužilo jako jistá forma odplaty. Obě dívky se od ostatních dospívajících výrazně odlišovaly i tím, že byly k několika sebedestruktivním činům navedeny a některá zranění si nechaly od „kamarádek“ přímo udělat.

### 4.1 Změna emočního naladění

Dospívající se nepoškozují zničehonic. Jakožto copingová strategie je záměrné sebepoškozování uplatňováno ve chvílích zvýšené zátěže, kdy na člověka dolehnou nepříjemné pocity a on se s nimi musí nějak vyrovnat (Favazza, 1996).

Nepříjemný psychický stav, od kterého si dospívající pomáhají záměrným sebepoškozováním, mívá různé podoby. Z rozhovorů vyplynulo, že ho obvykle vyvolá nějaká hádka či jiná stresující událost, ale může se i samovolně dostavit v podobě depresivních či úzkostných stavů („prostě mi bylo smutno“, „zase ta hrozná apatie, kdy jsem nechtěla vylízt z postele, nechtěla jsem jíst, nechtěla jsem nic“, „dolehl na mě pocit, že jsem hrozně sama, že jsou ostatní lepší než já a na to přátelství si jenom hrajou“,...), aniž by člověk věděl, proč u nich nastal zrovna teď.

Konkrétní zdroje vzteku, smutku či bezmoci se mohou pohybovat od závažných konfliktů a problémů typu hlasitých hádek rodičů mezi sebou nebo s dospívajícím, zklamání v kamarádovi nebo v partnerovi nebo úmrtí blízkého člověka až po zdánlivé malichernosti. 14letá slečna mi vyprávěla: „Jak jsem to dělala hodně v kuse kvůli hádkám s mamkou, známám a tak, dělala jsem to pak už i kvůli maličkostem. Třeba jsem si přejela židlí CD a nevšimla si toho. Byla jsem tak naštvaná, že jsem se pořezala. Pak jsem si ale sedla a nechápala, proč jsem to udělala. Každopádně se mi ulevilo.“

Před aktem sebepoškození pociťují dospívající silné negativní emoce - zlost, vztek, naštvaní, zmatenost, křivdu, smutek, osamocení, bezmoc apod., které zapříčiňují sílící úzkost někdy vrcholící až ve stavy depersonalizace a derealizace. S říznutím nebo s jinou formou ublížení si se tenze znatelně sníží a člověk znovu získá kontrolu nad svými emocemi i nad sebou samým. U někoho však dočasnou úlevu začnou brzy narušovat nepříjemné pocity viny za to, že situaci zase nezvládl a poranil se (Aizenman, Jensen, 2007; Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005; Kriegelová, 2008; Warm, Murray, Fox, 2002).

Říznutí nebo jiné ublížení si přináší dospívajícím úlevu, kterou popisuje každý z nich trochu jinak. Tento pocit někteří přirovnávají k vybití se, k návratu do „normálu“, k možnosti začít znova a lépe. Dívka léčící se s mentální anorexií popsala svoje emoce po aktu sebepoškození takto: *„Jsem úplně klidná, v tu chvíli jsem jak na jiném světě, odreaguju se. V tak krátké chvíli jako bych byla někým jiným a je mi najednou strašně fajn. Ani nemyslím na to, že jsem tlustá, je mi prostě líp, všechno je jednodušší.“* Slečna, která byla hospitalizovaná kvůli sebevražednému pokusu a až v nemocnici zjistila, že její špatné nálady už nejsou něčím obvyklým, ale že takhle vypadá středně těžká depresivní fáze, vykreslila své pocity zase způsobem odpovídajícím přidělené diagnóze: *„jakoby se tím dostanu z té prázdnoty a deprese, otevře se mi zase svět, nevidím jen černo a můžu se zase něčemu věnovat. A tak na své problémy zase zapomenout“.* Po aktu sebepoškození připustily výčitky pouze dvě dívky. Ostatní měli z ublížení si spíš dobrý pocit, maximálně je pak začal pronásledovat strach, že na to někdo přijde a budou to muset vysvětlovat.

## 4.2 Bolest

Prožitek bolesti při ublížení si není u všech dospívajících shodný. Část jich bolest pociťuje normálně, dokonce někdy i silněji (Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008; Nock, Prinstein, 2005). Většina sebepoškozujících se však pociťovanou bolest popisuje jako malou nebo vůbec žádnou. Například výzkumníci Nock a Prinstein zjistili, že z 89ti sebepoškozujících se psychiatrických pacientů žádnou bolest necítilo 47,2%, 32,6% popsalo bolest jako malou (Nock, Prinstein, 2005). V komunitním výzkumu došly zase Hilt, Cha a Nolen-Hoeksema k závěru, že žádnou nebo malou bolest vnímalo dokonce 94% respondentek (Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008).

Při mých rozhovorech vyjádřili naprostou absenci bolesti při ubližování si čtyři dospívající, kteří shodně tvrdili, že prostě v tu chvíli „*necítí vůbec nic*“. Shodně ale také dodávali, že vůči ní otupěli až časem a při prvních epizodách ji cítili „normálně“. Dalších šest dívek a chlapců naopak zdůrazňovalo, že ji cítí. Tito mladí lidé popisovali, že jí chtějí cítit, jinak by to ani nedělali. Usilují o to, aby si bolest způsobili co největší, protože právě ta nejlépe přebije bolest psychickou a bude největším důkazem vlastního potrestání se. V tom s nimi souhlasilo i dalších osm slečen. Ty bolest cítily, ale popisovaly ji jako „menší“, „příjemnou“, prostě „jinou“. Jedna z nich říkala: *„Bolest moc necítím, snažím se říznout co nejvíc, co nejvíc se poškrábat, v tu chvíli tu bolest prostě vůbec... jako by mě to uvolní, když ji cítím. Cítím ji, ale mnohem míň, než když si ublížit nechci. V tu chvíli mi to vůbec nevadí.“* Ještě trochu jinou zkušenost zmiňovali dva chlapci, kteří tvrdili, že způsobenou bolest začnou naplno cítit,

až když se trochu zklidní po několika minutách.

Jako nejbolestivější metodu uvedly záměrné popálení se všechny čtyři dívky, které ho zkusily. Tyto dívky bolest při sebepoškozování cítily a chtěly, aby byla co největší, protože ta jim pomáhá nejvíc. Popisovaly, že se při pálení musí buď něčeho pevně chytout nebo se do něčeho zakousnout, aby tuto bolest snesly. Subjektivně vnímanou odměnou za toto utrpení pro ně byla ještě větší úleva než při řezání, která je vedla k tomu, aby toto chování znovu zopakovaly.

Možnou příčinou necítění bolesti je dosažení změněného stavu vědomí – disociace (Babáková, 2003). Na fyziologické rovině je pak vysvětlením přirozená reakce organismu na náhlé poranění nebo jeho očekávání. V takové situaci začnou mozkové tkáně ve zvýšené míře uvolňovat endogenní endorfiny (především  $\beta$ -endorphin), které mají mimo jiné analgetický účinek, čímž tiší bolest (Nock, Prinstein, 2005; Sandman, Hetrick, 1995). Tomu odpovídá i poznatek Allen, která na základě kasuistik popisuje, že její klienti sice bolest přímo při pořezání necítí, dostaví se ale obvykle do dvou hodin (Allen, 1995).

Endorfiny ale mají ještě další funkci – přináší pocity uspokojení. Tím posilují chování, které jejich vyplavení vyvolalo, a tím také uzavírají obtížně přerušitelný koloběh záměrného sebepoškozování<sup>13</sup>, které v mnohém připomíná závislostní chování (Sandman, Hetrick, 1995). Kriegelová si pro stavy před opakovaným ublížením si vypůjčuje termín z adiktologie a píše o nich přímo jako o bažení (Kriegelová, 2008).

Jako o závislosti se o sebepoškozování vyjadřovala i většina dospívajících, se kterými jsem měla možnost hovořit. Sedmnáctiletý chlapec například uvedl: „*Tohle je jako nějaká droga. Aspoň pro mě. Mám absták, když to neudělám. Předtím se cítím, jako bych byl v krabici, skrčený, a nemohl nijak ven. A jediná cesta ven z toho temna, kdy všechno vidíte černě, všichni jsou proti vám, je jen tohle. Cítím se jako feťák. Buď se můžu trápit, mít absták, nebo si dám tu „pilulku“, pořežu se, a je mi zase dobře.*“

<sup>13</sup> Sandman a Hetrick dokládají spojitost mezi působením opiátů (endorfinů) a sebepoškozováním tím, že podávání látek blokujících opiátové receptory (naloxone a naltrexone) snížilo nebo někdy i zcela odstranilo sebepoškozování u jejich mentálně retardovaných pacientů (Sandman, Hetrick, 1995).



## 5 RIZIKOVÉ FAKTORY

Záměrné sebepoškozování je velmi komplexní fenomén, jehož etiologie je multifaktoriální. Rizikové faktory existují v rovině biologicky daných predispozic, osobnostních charakteristik i sociálního prostředí, vzájemně se ovlivňují a doplňují (Kocourková, 2007).

### 5.1 Genetické a biochemické faktory

Více či méně přímý vliv na volbu strategie záměrného sebepoškozování má genetika. Kromě dědičného podmínění některých osobnostních vlastností, které jsou pro sebepoškozující se charakteristické, cituje Platznerová ze zahraniční literatury i další příklady. V rodinách sebepoškozujících se dospívajících je vyšší výskyt sebevražd a co se týče výzkumů výskytu sebepoškozování mezi dvojčaty, častěji se poškozují obě dvě, pokud jsou jednovaječná, na rozdíl od těch dvojvaječných. I tyto důkazy jsou však zpochybnitelné úvahami o dominantním vlivu sociálních faktorů<sup>14</sup> (Platznerová, 2009, s. 35).

Jedním z biochemických ukazatelů inklinování k záměrnému sebepoškozování je dysregulace serotonergního systému. Indikátorem může být hladina periferního serotoninu (5-HT), na kterou ovšem mohou působit kromě genetických vlivů opět i vlivy epigenetické a enviromentální. Nicméně zvýšenou hladinu 5-HT v krvi lze považovat za protektivní faktor, sníženou naopak za faktor rizikový (Cromwell, 2008). Platznerová vysvětluje, že „*odchylky v metabolismu serotoninu v mozku predisponují některé lidi k sebepoškozujícímu chování tím, že vedou ke zvýšené impulzivité a pohotovosti k agresivitě*“ (Platznerová, 2009, s. 35).

Neopomenutelný je také vliv endorfinů, endogenních opioidů. Ty se už při očekávání ublížení si nebo posléze při samotném aktu vyplavují, snižují bolest a přinášejí pocity uspokojení. Kriegelová nabízí dvě možné funkční teorie – buď si lidé ubližují, aby si hladinu endorfinů zvýšili, aniž by ji měli predispozičně sniženou, nebo ji naopak sniženou mají a sebepoškozováním si ji dorovnávají do „normálu“ (Kriegelová, 2008, s. 80). Obě možnosti nicméně kopírují závislostní mechanismus, ke kterému v mozku dochází při užívání opiátů: například heroinu či morfinu. K závislosti přirovnávala své sebedestruktivní chování i většina dospívajících při rozhovorech o sebepoškozování.

U závažných automutilací nebo stereotypního sebepoškozování se uvažuje i o zvýšené senzitivitě dopaminergních receptorů (Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009).

---

<sup>14</sup> Sebevražda v rodině jakožto sociální událost může normalizovat sebedestruktivní chování, a tak ho i usnadnit. Zároveň je velmi zátěžovou situací vynucující si její více či méně adaptivní zvládnutí. Mezi jednovaječnými dvojčaty může zase být oproti těm dvojvaječným bližší vztah, což může silněji podmínit vzájemnou nápodobu.

## 5.2 Osobnostní faktory

Každý člověk je individualitou, a tak ani osobnost záměrně se poškozujících dospívajících nelze zobecňovat do zjednodušených typů, jak se o to někteří autoři pokouší. Každá ze sebepoškozujících se dívek, se kterými jsem měla možnost se setkat, byla svým způsobem jedinečná. Nicméně určité osobnostní vlastnosti charakterizují přece jen významně mnoho těchto mladých lidí, čímž se stávají možnými rizikovými faktory.

### 5.2.1 Emocionalita a její zvládnání

Osobnostní charakteristiky, kterými se vzájemně podobá velká část sebepoškozujících se dospívajících, se vážou především ke specifikům v oblasti emocionality. Oproti svým vrstevníkům prožívají tito mladí lidé častěji a intenzivněji negativní emoce (například hostilitu, vinu, smutek, zlost a strach) a další depresivní symptomy (Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007; Nixon, Loutier, Jansson, 2008), což přetrvává i u těch, kteří se sebepoškozováním přestanou (Brown, Williams, Collins, 2007). U sebepoškozujících se jsou také velmi obvyklé obtíže ve vyjadřování a verbalizování emocí a potřeb. A tak naměřené silné nepříjemné prožitky a nespokojené potřeby musí být nutně ventilovány nějak jinak - mnohdy právě sebedestruktivním způsobem<sup>15</sup> (Gratz, 2006; Ross, Heath, Toste, 2009; Solano et al., 2005; Suyemoto, MacDonald, 1995).

Specifika emočního prožívání sebepoškozujících se dospívajících popisuje na základě své dlouholeté praxe psychologa pracujícího s touto věkovou skupinou i Hollander. Všiml si, že jsou obvykle emočně velmi zranitelní a jejich chování se primárně odvíjí od aktuální nálady. Oproti ostatním jsou celkově citlivější až úzkostnější, trvá jim déle, než se po emočních výkyvech opět zklidní, jsou hypersenzitivní na odmítnutí či kritiku a zatímco v dobré náladě toho zvládnou spoustu, při rozladění je tomu naopak. Proti nesnesitelným emocím bývá použita disociativní obrana (Hollander, 2008), jejíž vysoký výskyt mezi sebepoškozujícími výzkumně prokázaly Gratz, Conrad a Roemer (2002). Tyto osobnostní vlastnosti dokresluje McVey-Noble, Khemlani-Patel a Neziroglu ještě přehnaným perfekcionismem, který často stojí právě za nespokojeností se sebou i se svým výkonem (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

---

<sup>15</sup> V českém výzkumu ventilace negativních emocí dospívajícími Franců upozornila na to, že v zátěžových situacích sebepoškozující dospívající obecně častěji volí auto i heteroagresivní strategie než ostatní. Jako významné se při pocíťování zlosti, vzteku, zoufalství, neštěstí nebo deprese ukázalo především užití drog, praní se a vybití si zlosti na někom jiném nebo vykřičení se a rozbíjení věcí. Poměrově vyšší byly výsledky také u dalších sebedestruktivních strategií jako je užití alkoholu, kouření nebo přejedení se (Franců, 2006).

Už samo záměrné sebepoškozování je maladaptivní copingovou strategií, představuje neadekvátní způsob, jak zvládat negativní emoce (Favazza, 1996). Lidé volící tento copingový styl mívají zhoršenou schopnost regulace svých emocí, ve stresových situacích reagují jen s malou racionální kontrolou nad svým chováním (Gratz, 2006; Heath et al., 2008; Ross, Heath, Toste, 2009). Emoční dysregulace významně souvisí s již zmiňovanými obtížemi s vyjadřováním emocí, s jejich držením si v sobě a pro sebe (Suyemoto, MacDonald, 1995). Tito lidé mívají vůbec problém prožívané emoce rozpoznat, což je podle Gratz a Roemer další rizikový faktor (Gratz, Roemer, 2008). Volbu situačního sebedestruktivního chování usnadňuje také jak zvýšená impulzivita sebepoškozujících se, tak i nedostatečně vybudovaný repertoár adekvátnějších strategií, jak v zátěžových situacích postupovat (Heath et al., 2008; Nixon, Loutier, Jansson, 2008).

V zahraniční literatuře je zavedený pojem „mindfulness“ přeložitelný jako dbalá pozornost nebo plné vědomí (Hollander, 2008; Lundh, Karim, Quilisch, 2007). Tato dovednost, která je podstatná při řešení emočně vypjatých situací, záměrně se poškozujícím dospívajícím obvykle chybí. Nedokáží plně zaměřit svou pozornost na „tady a teď“ a vnímat plně situaci, jaká je. Je pro ně nadmíru těžké oprostít se od vlivu změn emocí a zabíhavých myšlenek a soustředit se jen na přítomnost, racionálně svou situaci vyhodnotit a naplánovat postup nejvhodnějšího řešení. Pokud se ovšem naučí udržet svou dbalou pozornost plně u aktuální činnosti a podmínek, dokážou nejen lépe rozpoznat a porozumět, které emoce a proč cítí, ale také je lépe ustojí (Hollander, 2008).

### **5.2.2 Vztah k sobě a ke svému tělu**

Ti, co si záměrně ubližují, k sobě zauímají celkově horší a kritičtější postoj než jejich vrstevníci. Mívají nižší sebevědomí a negativněji se hodnotí (Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Lund, Karim, Quilisch, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007). Výrazně pocítují svou slabost, bezmocnost a neschopnost zvládat zátěž (Platznerová, 2009).

Záporněji se mnoho z nich staví i ke svému tělu (Bjärehed, Lundh, 2008). Subjektivním vnímáním vlastního těla sebepoškozujících se dívek se zabývaly Muehlenkamp, Swanson a Brausch. Výchozím bodem pro ně byla teorie objektivizace<sup>16</sup>. Zmíněná trojice výzkumníků zjistila, že vysoká objektivizace vlastního těla má na sebepoškozování pouze

---

<sup>16</sup> Podle teorie objektivizace působí především na ženy během socializace normy, jak by měla jejich těla správně vypadat. Více či méně tato pravidla přijímají a srovnávají se s nimi. Svě tělo pak přestávají vnímat jako součást vlastní osobnosti, pojmají ho jako oddělený objekt hodnocený druhými.

nepřímý vliv. Významně však koreluje s negativním obrazem vlastního těla, tento faktor s přítomností depresivních symptomů a ty právě se sebepoškozováním. Negativní obraz vlastního těla tedy sebepoškozování přímo nepodmiňuje a mnoho sebepoškozujících se dívek opravdu své tělo negativně nevnímá. Pokud ovšem některá pociťuje depresivní příznaky a k tomu ještě takto negativně nahlíží i na svou tělesnou schránku, riziko ublížení si je vysoké (Muehlenkamp, Swanson, Brausch, 2005).

### 5.3 Sociální a enviromentální faktory

Během života na dospívajícího působí celá řada socializačních činitelů, které už od narození formují jeho osobnost a spoluurčují jeho fungování ve společnosti.

Od samého počátku života je nejvýznamnějším činitelem rodina. V předškolním věku se k ní přidávají i první kontakty s vrstevníky a s nástupem do školy také školní třída, učitelé a samotná instituce školy.

Až do pubescence mezi určujícími činiteli socializace jasně dominuje rodina. Pubescent však začíná toužit po osamostatnění z jejích pout a nalezení sama sebe, své identity. Ve vymezení se i ve sdílení a podpoře při obtížích mu pomáhají skupiny kamarádů i dyadické přátelské vztahy. Obrovsky významní jsou vrstevníci i v adolescenci, včetně prvních partnerů opačného pohlaví.

Mezi základní socializační činitele tedy patří rodina, vrstevníci, učitelé a škola. Neopominutelným celoživotním vlivem jsou také masmédiá a kultura se svými institucemi.

#### 5.3.1 Rodina

Rodina je primární skupina, která zásadním způsobem ovlivňuje jak socializaci, tak také individuaci svých členů. Utváří se v ní osobnost člověka, jeho vlastnosti, hodnoty, postoje k sobě i ke světu i jeho resilience a způsoby zvládání stresu. A tak zde také vznikají osobnostní předpoklady k tomu, aby dospívající dokázal „zdravě“ řešit konflikty a zátěžové situace, což je pro volení jiné než sebedestruktivní copingové strategie klíčové.

Protože si rodinný kontext záměrného sebepoškozování žádá více prostoru, je podrobněji rozpracován v samostatném bloku II. Konkrétně rodinné rizikové faktory záměrného sebepoškozování jsou uvedeny v jejím závěru v kapitole 9.

#### 5.3.2 Vrstevníci

Pro pubescenty i adolescenty jsou jejich přátelé z řad vrstevníků velmi podstatní. Prožívají s nimi své rozkolísané nálady i tělesné změny, první lásky i zklamání, nejistoty i hledání se, ujasňování své role i vymezování se vůči rodičům. Jsou to ovšem často právě kamarádi z řad vrstevníků, od koho se o sebepoškozování dozví, s kým se sebepoškozováním prvně experimentují nebo kvůli komu toto chování volí, když se chtějí začlenit do specifické skupiny (Nock, Prinstein, 2005; Nixon, Loutier, Jansson, 2008). Podnětem k sebepoškozování může ale být naopak problém s navazováním vztahů a sociální izolace, kvůli kterým

dospívající nezažívá tolik potřebné pocity sounáležitosti a porozumění s přáteli, nemá komu říct o svých těžkostech a jejich naměstnání v sobě pak ventiluje tím, že si ublíží.

## Nápodoba

Od ostatních členů společnosti se člověk učí celý život. V období dospívání nabývají na významu vrstevníci, a proto se právě oni stávají pro sociální učení důležitými vzory. Tak tomu mnohdy bývá i u záměrného sebepoškozování. Mnoho dospívajících přiznává, že nápad ublížit si dostali od kamaráda či kamarádky, o kterých věděli, že se vědomě zraňují (Nock, Prinstein, 2005; Nixon, Loutier, Jansson, 2008). Nápodoba je prováděna s očekáváním, že když to pomáhá někomu jinému, pomůže to i mně.

Někteří autoři píší o sebepoškozování jako o „epidemii moderní doby“, která se šíří jako „sociální nákaza“ právě napodobováním vrstevníků. Zdůrazňují, že tuto „nákazu“ nezpůsobuje jen přímá komunikace s někým, kdo si ubližuje, ale o sebepoškozování se mnoho lidí dozvídá také z médií a internetu (Whitlock, Powers, Eckenrode, 2006).

Pouze čtyři dospívající, se kterými jsem měla možnost hovořit, popřeli, že by před prvním záměrným poškozením se o sebepoškozování cokoli slyšeli. Ostatní už předtím věděli, že to někomu z jejich okolí údajně pomáhá, tato informace se k nim dostala z médií nebo měli oba zdroje. Konkrétně to bylo deset dívek a chlapců, kteří už před svým prvním experimentem někoho takového znali, ve dvou případech byl tímto člověkem dokonce starší bratr (v jednom případě si nebyla dívka jistá o své starší sestře a další zase uvedla, že následně po ní si začala ubližovat i sestra mladší). O funkci záměrného sebepoškozování se osm dospívajících dozvědělo také prostřednictvím médií, ať už z časopisů (jmenovitě časopis Bravo), televizních pořadů a filmů (jedna z dívek jmenovala film Gympl) nebo z internetu.

Princip vzájemného napodobování sebepoškozování v určitých skupinách bývá označován také jako „copycat cutting“ (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006; Plante, 2007). Jsou to skupiny, kde ti, co si ubližují, získávají speciální status a s ním i od skupiny určité ocenění. McVey-Noble, Khemlani-Patel a Neziroglu však zmírňují domněnku, že by k závislosti na sebepoškozování mohl dospívajícího dohnat pouze tlak skupiny. Podle nich ti, kteří nemají určité osobnostní predispozice, zůstávají obvykle jen u experimentování, sebepoškozování je tolik neoslovuje a ani jim tolik „nezabírá“ - před aktem pocítují větší strach a po něm menší úlevu. Zmínění autoři ovšem nevylučují případ, že by mnohým opakováním sebedestruktivního chování k vytvoření hlubokého problému se sebepoškozováním přece jen dojít mohlo (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

„Copycat cutting“ se může rozšířit jak v běžné třídě, tak se s ním často setkávají také pracovníci výchovných, nápravných a léčebných zařízení u svých dospívajících klientů.

Nárůst sebepoškozování na oddělení či v ústavu se objevuje ve vlnách – v jednu dobu je hitem, potom na čas zase ustane. I když u některých dospívajících zůstává mechanismem, jak dosáhnout úlevy od nepříjemných emocí, u mnohých nemá impulzivní charakter a slouží především jako symbol příslušnosti k určité skupině. Babáková popisuje, že se řezáním snaží především dívky dostat mezi „elitu“ na oddělení, zvýšit tak mezi ostatními své sociální postavení. Dokládá to zkušeností z Fakultní nemocnice Brno, kde po hospitalizaci neatraktivní, mentálně retardované dívky, která se pořezávala, toto chování u ostatních děvčat ustalo (Babáková, 2003). „*Epidemie ubližování si*“ se šíří také ve věznicích, kde ale mívá odlišný charakter. Bývá motivováno vyjádřením vzdoru nebo účelovou snahou o přeložení na jinou celu nebo na ošetrovnu (Horáček, Švestka, 2002, s.323).

### **Rizikové subkultury a komunity**

Šíření záměrného sebepoškozování je urychleno v subkulturách, kde je toto chování normalizováno nebo dokonce sociálně oceňováno. K nápodobě sebepoškozujícího chování nebo dokonce k identifikaci dospívajících s poškozujícím se vzorem, dochází typicky u příznivců potměšilých hudebních žánrů jako je „emo“ (zkratka emotions) či jeden z jeho inspiračních zdrojů „gothic“, které pro mladé lidi představují životní styl. Jasně se vyhraňují svou estetikou a módní image, stejně jako i zakládáním si na prožívání depresivních pocitů, které jsou včetně ubližování si a sebevražd častým tématem písní. Na internetu je nespočet blogů a diskuzí o tom, „jak být emo“ a „jak vypadat emo“, což na druhou stranu vede až k parodizování takto konkrétně popsanych pravidel, která navíc celá řada fanoušků tohoto stylu odmítá a považuje za zjednodušující stereotyp. Protože jedním z pravidel jsou i pořezaná zápěstí překrytá korálky a potítky, sebepoškozování bývá s těmito subkulturami dáváno do úzké souvislosti. Oprávněnost těchto úvah potvrdili Young, Sweeting a West. Zjistili, že více jak polovina devatenáctiletých dospívajících Skotů, kteří se identifikovali se subkulturou gothic, si někdy v životě vědomě ublížila, aniž by tak chtěla ukončit svůj život (Young, Sweeting, West, 2006). Otázkou však zůstává, zda je vysoký výskyt sebepoškozování v této komunitě způsoben tím, jak obrovský vliv na své členy má, nebo ji spíš už dopředu častěji vyhledávají lidé se sebedestruktivními tendencemi.

Dospívající, kteří musí být kvůli záměrnému sebepoškozování hospitalizováni, jsou jistě svěbytnou skupinou. Nicméně žádná dívka ani chlapec, se kterými jsem v rámci svého výzkumu hovořila, se k hnutí emo, gothic, či podobným nehlásili. Naopak je odsuzovali za přetvářku a sebepoškozování motivované módní vlnou, nikoli opravdovými pocity bezvýchodné situace či deprese. Jeden chlapec to vyjádřil slovy: „*Pro mě je to ponižování našeho stavu, hrajou si na to, co jsme my, ale přitom oni jsou to, co my jsme chtěli vždycky být. Oni jsou v pořádku, normální, vypadají dobře. Oni si ty deprese schválně navozují, zatímco my je vážně nechceme.*“

Další komunitu, se kterou je spojený zvýšený výskyt záměrného sebepoškozování, tvoří lidé s tetováním nebo piercingem. Ovšem zmíněné modifikace těla nelze a priori stavět na roveň zásahům jako je řezání či pálení se. Zatímco hlavní motivací sebepoškozování je zvládání aktuálních emočních distresů, u piercingu a tetování dominují estetické hodnoty a touha po sebevyjádření (Aizenman, Jensen, 2007).

U dalších technik body artu, jako je skarifikace, tedy zdobení se jizvami, které vznikají po vyřezání (cutting) nebo vypálení (branding) obrazců do kůže, je motivace velmi sporná. Stejně tak i u typů piercingu, jejichž hojení je dlouhodobou záležitostí a tělo je někdy i samo vyloučí. Příkladem toho je surface piercing (zavedená ozdoba obvykle ve tvaru písmene U pod kůži) nebo pocketing (obrácený surface piercing, kdy je podlouhlá ozdoba uchycena pod kůži ohnutými konci). Jejich zkoumání a porovnávání s charakteristikami záměrného sebepoškozování zatím nebyla ze strany odborníků věnována větší pozornost.

### 5.3.3 Škola

Škola je prostředí, kde může dospívající čerpat od svých vrstevníků podporu. Nebo taky naopak. To bývá případ právě mnoha sebepoškozujících se dívek a chlapců, kteří jsou spíše uzavřenější a ve škole nemívají mnoho kamarádů (Baker, Fortune, 2008). Proto by se u dětí a dospívajících, kteří si ubližují, nemělo opomíjet zvýšené riziko šikany a naopak u těch šikanovaných zase riziko sebepoškozování.

Škola je také místem testování, porovnávání s ostatními a konfrontace se svými slabými stránkami a neúspěchy. Při dotazování se na problematické sféry života dospívajících, kteří byli po aktu sebepoškození lékařsky ošetřeni, dospěli Hawton s kolegy k výsledku, že hned po konfliktech v rodině trápí tyto mladé lidi nejvíce právě studijní obtíže (Hawton et al., 2003).

V neposlední řadě je škola také místem setkávání se. Ze školních lavic tak mohou žáci a studenti od svých spolužáků prvně zaslechnout o možných účincích sebepoškozování (Nock, Prinstein, 2005; Nixon, Loutier, Jansson, 2008) nebo se o něm dozvědět při demonstrativním pořezání se zoufalého spolužáka či spolužačky na školních toaletách.

Instituce školy ale může působit také velmi protektivně. Výchova či preventivní programy směřující ke zdravému sebepojetí a k rozvoji copingových dovedností a ventilování emocí se zdají být lepší prevencí než informativní osvěta o rizicích sebepoškozování (Platznerová, 2009). Na škole by navíc děti měly mít někoho, kdo je k nim otevřený a ke komu ony pociťují důvěru, ať už je to školní psycholog, výchovný poradce nebo kterýkoli



z učitelů. Když se nemohou se svými trápeními svěřit doma, měl by být alespoň ve škole někdo, komu se mohou a nebojí svěřit (D'Onofrio, 2007a).

#### **5.3.4 Masmédia**

##### **Normalizace záměrného sebepoškozování**

V posledních letech se záměrnému sebepoškozování věnuje více nejen česká odborná veřejnost, ale i tuzemská média, a to jak ta bulvární, tak i seriózní. Zvýšená prezentace tohoto tématu v tisku, televizi i na internetu stejně jako i veřejná přiznání poškozujících se celebrit<sup>17</sup> přispívají nejen k osvětě, ale také k jisté normalizaci sebepoškozování, toto chování už přestává být považované za tak neobvyklé a „divné“, jako tomu bylo dřív (D'Onofrio, 2007a). Tyto tendence ve společnosti mohou na jednu stranu ulehčit dospívajícím otevřeně přiznat sebedestruktivní způsob zvládání emočních nesnází a podpořit je v řešení svého problému, na druhou stranu ale působí také velmi návodně - když je toho na člověka moc a cítí, že už to dál nezvládne, proč nezkusit sebepoškozování, když se o něm říká, že pomáhá? Yates, Tracy a Luthat při vysvětlování nárůstu prevalence sebepoškozování uvádí právě vliv médií, která expozicí tohoto tématu přispívají k šířící se vlně napodobování (Yates, Tracy, Luthat, 2008). A tak i když se objevují názory, že média svým informováním neškodí, protože kdo má k sebepoškozování predispozice, stejně si k němu nějakou cestu najde (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006), osobně bych byla v tomto ohledu obezřetnější.

##### **Internetová diskusní fóra o sebepoškozování**

Internet jakožto zdroj informací i jako virtuální prostor pro on-line komunity hraje v životech dospívajících velmi podstatnou roli. Stejně tak i pro mnoho sebepoškozujících se dívek a chlapců. Z českých internetových stránek věnujících se záměrnému sebepoškozování je jednoznačně nejpropracovanější web <<http://sebeposkozovani.ath.cx/>><sup>18</sup>. Kromě získání poznatků z populárně zpracovaných textů i odborných závěrečných vysokoškolských prací se mohou návštěvníci zapojit do různých anket, okomentovat příspěvky ostatních nebo sami texty vytvořit. Mohou se také obrátit o radu na administrátory, kterými jsou mladí, v oboru

---

<sup>17</sup> D'Onofrio mezi hvězdami, které otevřeně promluvily o osobní zkušenosti se záměrným ubližováním si, vyjmenovává například princeznu Dianu, Angelinu Jolie, Johnnyho Deppa, Marilyn Mansona nebo Courtney Love (D'Onofrio, 2007).

<sup>18</sup> Zahraničních webů týkajících se záměrného sebepoškozování je nespočet. Z těch oficiálních je to například <[www.selfinjury.org](http://www.selfinjury.org)>, <<http://www.selfinjury.com>> nebo <[www.selfharm.net](http://www.selfharm.net)>.

vzdělaní lidé. Ti na stránky dohlíží a rozhodují o zveřejnění pouze vhodných obsahů. Právě kvůli omezující cenzuře si mnoho dospívajících zakládá vlastní stránky, blogy, diskuzní fóra či fotogalerie svých zranění, případně prezentují svá videa na serverech typu YouTube.

Na anonymní internetové komunikaci je pro teenagery obecně velmi lákavé usnadněné navazování a udržování vztahů, lehčí vyjadřování pocitů i možnost experimentovat s novými rolemi, čímž naplňují svůj vývojový úkol - formují vlastní identitu. Pro sebepoškozující se dospívající potom může být tato forma komunikace ještě lákavější, a to proto, že v reálném světě nemívají mnoho přátel a kvůli své odlišnosti často naráží na nepochopení, dostávají nálepku psychického onemocnění nebo jsou osočováni z prvoplánové snahy o získání pozornosti ubližováním si (Baker, Fortune, 2008). Na tématických diskuzích se jim ale najednou dostane pochopení, a to je pro ně velká změna. Do diskuzí se pak opakovaně zapojují ani ne kvůli hledání faktických informací, ale z důvodů touhy po nalezení porozumění, podpory a pocitu sounáležitosti, navíc s těmi, kteří mají podobné zkušenosti a problémy (Murray, Fox, 2006; Whitlock, Powers, Eckenrode, 2006). Mohou zde také bezpečně vyventilovat nepříjemné emoce, obavy a potíže tak, že se z nich „vypíší“ (Murray, Fox, 2006), což někteří dokonce považují za copingovou strategii plnící stejnou funkci jako sebepoškození. Když se cítí špatně, pomůže jim o tom někomu říct (Baker, Fortune, 2008).

Internet má ale i svá rizika, a to nejen weby, které záměrné sebepoškozování prvoplánově podporují<sup>19</sup>. I běžné stránky informující o sebepoškozování mohou přispívat k jeho normalizaci a diskuzní fóra k prohlubování sociální izolace (Whitlock, Lader, Conterio, 2007). Dalším nebezpečným aspektem je návodnost k realizaci ozkoušených i nových technik. Ve výzkumu uživatelů velkého anglického diskusního fóra tak například Murray a Fox zjistili, že se obsah těchto stránek alespoň jednou stal podnětem k ublížení si pro dvě třetiny respondentů (Murray, Fox, 2006). Nejnávodnější jsou především fotografie a video záznamy reálného ubližování si (Whitlock, Lader, Conterio, 2007).

Vzhledem k možným nežádoucím vlivům internetové komunikace na záměrné sebepoškozování ji Whitlock, Lader a Conterio striktně nedoporučují. Nicméně pokud se jí klienti odmítají vzdát, pak považují za důležité jejich aktivitu na internetu reflektovat při terapeutických setkáních. Měnící se postoj k tématickým internetovým stránkám nebo

---

<sup>19</sup> Whitlock, Powers a Eckenrode popisují, že některá diskuzní fóra přímo vyzývají ke členství v tzv. „cutting clubs“ a zprostředkovávají prodej žiletek i charakteristického oblečení, čímž posilují pocit příslušnosti k této skupině. Jako inspiraci nabízí návštěvníkům přehled technik působení si bolesti (Whitlock, Powers, Eckenrode, 2006).

minimalizace jejich návštěv jsou pak podle nich jasnými ukazateli vývoje terapeutického procesu (Whitlock, Lader, Conterio, 2007).

## **5.4 Interakce mezi bio-psycho-sociálními faktory**

Protože je záměrné sebepoškozování formou chování s multifaktoriální etiologií (Favazza, 1996), podmiňuje ho celý komplex rizikových faktorů. V několika výzkumech se podařilo prokázat vzájemné působení mezi vlivem geneticky daných predispozic jedince, jeho osobnostními charakteristikami a sociálním prostředím.

Crowell s kolegy poukázala na rizikovost koexistence chronicky snížené hladiny serotoninu v těle a negativním emočním vztahem mezi dítětem a pečující osobou. Došli k závěru, že dospívající s normální nebo zvýšenou hladinou serotoninu si ubližují, i když mají laskavé rodinné zázemí, naopak ti se špatnými rodinnými vztahy se poškozují, aniž by u nich nutně docházelo k dysregulaci serotoninu. Dominantní příčina sebepoškozování tedy u někoho může tkvět na straně vrozených predispozic, u jiného v nežádoucích sociálních vztazích (Crowell et al., 2008).

Vztah mezi osobnostními a sociálními faktory sledovala Gratz s týmem dalších autorů. Upozornila na součinnost špatného zacházení v dětství (jako je sexuální zneužívání, fyzické týrání, emoční zanedbávání a vysoká overprotektivita) a méně intenzivního prožívání pozitivních emocí, stejně jako i na kombinaci špatného zacházení v dětství, výraznějších problémů s verbalizací emocí a vyšší emoční reaktivitou (Gratz, 2006). Později rovnou ověřila nepřímý vliv špatného zacházení v dětství na záměrné sebepoškozování tím, že omezuje přístup k tolik důležitým strategiím regulace emocí (Gratz, Roemer, 2008).

## 6 KLINICKÝ POHLED

### 6.1 Záměrné sebepoškozování podle Mezinárodní klasifikace nemocí

Se záměrným sebepoškozováním se kliničtí psychologové a lékaři pracující na odděleních dětské psychiatrie setkávají relativně často. Konečná diagnóza u těchto pacientů zní různě, nikdy však pouze „záměrné sebepoškozování“. Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) ho totiž jako samostatnou nosologickou jednotku neuvádí<sup>20</sup> (Mezinárodní, 2000).

O zavedení kategorie „Syndrom záměrného sebepoškozování“ se především mezi zahraničními odborníky vedou četné diskuze. Hlavními argumenty „pro“ jsou výrazná specifická tohoto dysfunkčního chování, dočasný charakter, a především pak odlišnost od sebevražedného chování, se kterým bývá mnohdy ztotožňováno (Muehlenkamp, 2005). Mezi sebepoškozováním a suicidálním pokusem nerozlišuje ani Světová zdravotnická organizace (dále SZO). Záměrné sebepoškození v MKN-10 nejpodrobněji rozebírá mezi „zevními příčinami nemocí a úmrtí“ (X60-X84). Spadá sem ovšem jak otrava nebo úmyslně způsobené poranění, tak ale také sebevražda či suicidální pokus (Mezinárodní, 2000, s. 284-286).

Z pohledu SZO, který je prezentován v MKN-10, tedy záměrné sebepoškozování není považováno za samostatný syndrom, ale je doprovodným symptomem jiných duševních poruch. Ve významu vymezeném v této práci je zmíněno pouze v popisu emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu (F60.31), kde slouží přímo jako jedno z diagnostických kritérií (Mezinárodní, 2000).

V ostatních případech, kdy je sebepoškození v MKN-10 zmíněno, se v podstatě podle zde zvolené definice o záměrné sebepoškozování vůbec nejedná, ale termín sebepoškození odpovídá širše vymezenému sebedestruktivnímu chování. To je popsáno u předstírané poruchy (F68.1)<sup>21</sup> a u poruchy se stereotypními pohyby (F98.4)<sup>22</sup>. Těžká depresivní fáze (F32.2) i posttraumatické stresové poruchy (F43.1) jsou mimo jiné charakterizovány také sebevražednými myšlenkami a pokusy. Nutkavé ubližování si pacienti s obsedantně-

---

<sup>20</sup> Stejně tomu je i v USA a tamější čtvrté revizi klasifikace duševních poruch Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kterou vydala Americká psychiatrická společnost (Diagnostic, 2000).

<sup>21</sup> Celý název poruchy zní „záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů nebo tělesné či psychické neschopnosti“. Patří mezi „jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých“ a jejím typickým příkladem je Münchhausenův syndrom (tj. syndrom barona Prášila), kdy tito pacienti mnohdy bez zřejmé vědomé motivace předstírají nebo si i sami vytváří příznaky různých nemocí včetně užití sebepoškozujících praktik nebo bránění hojení ran. Činí tak nejspíš kvůli upevnění role nemocného, která pro ně má význam. Získávají si tak například péči a pozornost (Urban, 2004).

<sup>22</sup> Stereotypní pohybové poruchy spadají pod „jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání“. Tato porucha mívá velmi často spojitost s mentální retardací nebo s poruchami autistického spektra. Opakované dysfunkční pohyby mohou mít autoagresivní charakter, jako je „tlučení do hlavy, plácání obličeje, šťouchání do očí a kousání do rukou, rtů nebo jiných částí těla“ (Mezinárodní, 2000, s. 270).

kompulzivní poruchou nebo často připomínanou závažnou formu sebepoškozování, tzv. automutilaci, vyskytující se u psychotických pacientů, text opomíjí (Mezinárodní, 2000).

## 6.2 Současný výskyt záměrného sebepoškozování s duševními poruchami

Etiologie záměrného sebepoškozování je multifaktoriální (Favazza, 1996), a proto i velmi složitá. Zůstává tak stále nezodpovězenou otázkou, zda nutně musí být u všech sebepoškozujících se dospívajících přítomná psychopatologie (Kocourková, 2007). Na druhou stranu se však ukazuje, že výskyt tohoto sebedestruktivního chování je mezi lidmi léčícími se s psychickými problémy podstatně vyšší než v neklinické populaci (Briere, Gil, 1998) a že zároveň (jak bude blíže popsáno v následujících kapitolách) projevy mnohých psychických poruch mají obdobné charakteristiky, jako záměrné sebepoškozování.

Sebepoškozování se vyskytuje u pacientů s celou řadou diagnóz. Šíři různorodých poruch zobrazuje Tab. č.5. Při porovnání výskytu sebedestruktivního chování s kategoriemi MKN-10 sekce F odpovídající duševním poruchám a poruchám chování je patrné, že se některá z jeho forem objevuje u každé z daných kategorií kromě organických duševních poruch. Co se týče konkrétně záměrného sebepoškozování, to se nejčastěji vyskytuje současně s diagnózami, pro které jsou (stejně jako pro sebepoškozování) typické obtíže s regulací emocí, popřípadě výrazné tendence k impulsivnímu chování. Těmito diagnózami jsou:

- **poruchy osobnosti** (kap. 6.2.1): především emočně nestabilní porucha hraničního typu, u dospívajících se uvádí disharmonický vývoj osobnosti
- **poruchy nálad depresivního ladění** (kap. 6.2.2)
- **poruchy příjmu potravy** (kap. 6.2.3)
- **závislosti na psychoaktivních látkách** (kap. 6.2.4)
- **posttraumatická stresová porucha** (kap. 6.2.5)
- **disociativní porucha a derealizační a depersonalizační syndrom** (kap.6.2.5)
- **poruchy chování nebo smíšené poruchy chování a emocí** (kap. 6.2.6)

Diagnózy dospívajících, se kterými byly provedeny výzkumné rozhovory, jsou uvedeny v empirické části práce v kapitole 11.1.

KÓD DLE MKN-10	SKUPINA PORUCH	SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U KONKRÉTNÍCH PORUCH
<a href="#">F00–F09</a>	Organické duševní poruchy včetně symptomatických	NE (Zvýšený výskyt nebyl zjištěn ani u seniorů hospitalizovaných po sebedestructivním chování <sup>23</sup> )
<a href="#">F10–F19</a>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F10-F19 Závislost na celé skupině psychoaktivních látek</b></li> <li>▪ Samo o sobě sebedestructivní chování</li> </ul>
<a href="#">F20–F29</a>	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	Závažné sebedestructivní chování, tj. automutilace
<a href="#">F30–F39</a>	Afektivní poruchy (poruchy nálady)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F32 Depresivní fáze</b></li> <li>▪ <b>F34.1 Dysthymie</b></li> <li>▪ <b>F31 Bipolární afektivní porucha</b></li> </ul>
<a href="#">F40–F48</a>	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F42 Obsedantně-kompulzivní porucha: nutková forma sebedestructivního chování</li> <li>▪ <b>F43.1 Posttraumatická stresová porucha</b></li> <li>▪ <b>F43.2 Poruchy přizpůsobení</b></li> <li>▪ <b>F44 Disociativní poruchy</b></li> <li>▪ <b>F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom</b></li> </ul>
<a href="#">F50–F59</a>	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F50 Poruchy příjmu potravy</b></li> </ul>
<a href="#">F60–F69</a>	Poruchy osobnosti a chování u dospělých	<p>F60 Specifické poruchy osobnosti, především:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F60.31 Emočně nestabilní p. o. hraničního typu</b></li> <li>▪ <b>F60.2 Disociální p. o.</b></li> <li>▪ <b>F60.4 Histrionská p. o.</b></li> <li>▪ F63.3 Trichotillomanie: nutkové vytrhávání vlasů, specifická podoba sebedestructivního chování</li> <li>F68.1 Padělaná porucha: sebedestructivní chování při vytváření příznaků nemoci</li> </ul>
<a href="#">F70–F79</a>	Mentální retardace	Rytmická stereotypní forma sebedestructivního chování
<a href="#">F80–F89</a>	Poruchy psychického vývoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F84 Pervazivní vývojové poruchy: taktéž rytmičká stereotypní forma sebedestructivního chování</li> </ul>
<a href="#">F90–F98</a>	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F91 Poruchy chování</b></li> <li>▪ <b>F92 Smíšené poruchy chování a emocí</b></li> <li>▪ F98.4 Stereotypní pohybové poruchy</li> </ul>

Tab. č.5 Duševní poruchy, které se často vyskytují společně se záměrným sebepoškočováním nebo sebedestructivním chováním vůbec  
(Vysvětlivky: Přímé záměrné sebepoškočování tak, jak je vymezeno v této práci, se vyskytuje ve zvýrazněných pruzích u zvýrazněných diagnóz.)

<sup>23</sup> Dennis et al., 2007; Nowers, 1993; Pierce, 1987

### 6.2.1 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti se projevují výraznou odlišností od normy v celé řadě oblastí lidského fungování, ať už se jedná o způsoby poznávání, afektivitu, zvládání impulsivity a uspokojování potřeb, tak i o utváření a udržování vztahů s jinými lidmi. Z toho vyplývající dysfunkční chování je dlouhodobé a má svůj počátek v pozdním dětství nebo adolescenci (Balon, 2002). Právě emoční labilita a problémy s regulací vlastních emocí i sklony k impulzivitě patří mezi nejrizikovější faktory záměrného sebepoškozování (více kapitola 5.2).

Jednou z nejčastějších diagnóz záměrně se poškozujících dospělých pacientů je emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu (Briere, Gil, 1998; Kocourková, 2007; Marchetto, 2006). Vyznačuje se „*emoční nestálostí, labilitou, poruchou vnímání sama sebe, vztahu k objektu a narušenými mezilidskými vztahy. (...) Dotyční se cítí opuštěni, mají strach ze samoty, jsou ambivalentní. (...) Je jakoby na hranici mezi neurózou a psychózou*“ (Balon, 2002, s. 539).

Výhrůžky sebepoškozením nebo přímo sebepoškozování jsou diagnostickými kritérii této poruchy (Balon, 2002). Platznerová ovšem varuje před zjednodušujícím připisováním zmíněné diagnózy každému, kdo si vědomě ubližuje, aniž by se sledovalo, zda splňuje i ostatní kritéria (Platznerová, 2009). Že bývá jako hraničních označováno neadekvátně mnoho pacientů, prokázali v USA Rusch, Guastello a Mason, v jejichž výzkumu odpovídalo z 89ti pacientek diagnostikovaných jako hraniční porucha osobnosti ve skutečnosti požadavkům této poruchy uvedeným v DSM-IV pouze 36 z nich (Rusch, Guastello, Mason, 1992).

Záměrné sebepoškozování se objevuje i u dalších poruch osobnosti – zejména u dissociální a histriónské (Kocourková, 2007). Pro dissociální je typická nepřizpůsobivost společenským pravidlům, velmi slabé nebo žádné svědomí včetně neschopnosti prožitku pocitů viny a poruchy chování jako je lhaní, úteky, krádeže a záškoláctví už od dětství. Lidé s histriónskou poruchou osobnosti se zase projevují velmi teatrálně a afektovaně s nepřiměřenou touhou na sebe upoutat pozornost, i negativní reakce okolí je jim milejší než lhostejnost. Sebedestruktivní úmysly jim tak podle Balona slouží především k upoutání pozornosti. Vztahy s ostatními bývají oploštělé a nestálé, stejně jako i vlastní prožitky mělké a proměnlivé. Snadno také podléhají vlivu jiných lidí a okolností (Balon, 2002).

Protože porucha osobnosti znamená trvalou a dlouhodobou charakteristiku osobnosti, obvykle se diagnostikuje až od dosažení plnoletosti nebo těsně před jejím naplněním. Do té doby se mluví o disharmonickém/nevyváženém vývoji osobnosti, případně se přidává dodatek týkající se rysů emoční lability. Výrazné nedodržování společenských norem typické pro

dissociální poruchu osobnosti bývá u dospívajících zase vyjádřeno diagnózou poruchy chování.

### **6.2.2 Poruchy nálady depresivního ladění**

Výsledkem mnoha výzkumů na klinické i na neklinické populaci bylo, že sebepoškozující se lidé vykazují významně častěji a intenzivněji depresivní symptomy nebo přímo prožívají depresivní fázi (Chitsabesan et al., 2003; Marchetto, 2006; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007; Muehlenkamp, Swanson, Brausch, 2005; Nixon, Loutier, Jansson, 2008). Proto se dlouhodobě snížená nebo výrazně kolísavá nálada považuje za rizikový faktor pro zvolení sebedestruktivní copingové strategie v zátěžových situacích.

Mezi příznaky deprese patří kromě pokleslé nálady, pesimistického pohledu do budoucna, nedostatku energie, zhoršené koncentrace, poruch spánku a snížené chuti k jídlu právě i myšlenky na sebepoškození a sebevraždu (Höschl, 2002). Podobně je tomu i u trvale snížené nálady (dystymie) nebo u bipolární afektivní poruchy v depresivní fázi (Marchetto, 2006).

### **6.2.3 Poruchy příjmu potravy**

Poruch příjmu potravy je celá řada. Základní vyhraněné typy jsou dva: mentální anorexie a mentální bulimie. V jádru si jsou velmi podobné strachem z tloušťky i přehnaným zájmem o jídlo i o svou postavu (Krch et al., 1999). Protože tyto poruchy podstatně převažují mezi dívkami a ženami, dále o nich bude pojednáváno především v ženském rodě, i když pro chlapce a muže s touto diagnózou platí v podstatě to samé.

Pro mentální anorexii je charakteristická záměrně snížená tělesná hmotnost minimálně o 15% předpokládané váhy nebo jinak vyjádřeno dosažení tzv. body mass indexu (BMI) 17,5 nebo méně. Kromě hladovění toho dívky dosahují například vyprovokovaným zvracením, užíváním anorektik nebo diuretik, nadměrným cvičením, apod. I přes takovou podvýživu u nich přetrvává strach z přibírání a vtíravé myšlenky o nutnosti dalšího hubnutí. Tyto tělesné změny vedou až k endokrinním poruchám, které se typicky projevují narušením menstruačního cyklu (Mezinárodní, 2000).

Bulimičky také přehnaně sledují svou váhu, zároveň se ovšem neubrání neodolatelné touze po jídle, která vrcholí záchvaty přejídání. Chorobný strach z tloušťky je ale zase nutí k vyvolání zvracení, požití projímadel či některých léků nebo ke kratším obdobím hladovění (Mezinárodní, 2000).



Mentální anorexie mívá svůj počátek o něco dříve než mentální bulimie a v mnoha případech se také počáteční anorexie v bulimii vyvine. Krch s kolegy uvádí jako obvyklé období propuknutí anorexie 13-20 let, u bulimie 16-25 let (Krch et al., 1999). Především počátek anorexie je tedy totožný s prvními experimenty se sebepoškozováním. Podobnost obou sebedestruktivních forem zvládání zátěže spojených s dospíváním lze navíc najít i ve vývoji incidence. Výrazný nárůst výskytu anorexie především v 50. - 80. letech 20. století jdoucí ruku v ruce se zvyšující se obeztností a zájmem odborníků i veřejnosti (Krch et al., 1999) jako by v uplynulém desetiletí vystřídal záměrné sebepoškozování. Kvůli této asociaci se o záměrném sebepoškozování někdy mluví jako o „anorexii nového věku“<sup>24</sup> (D’Onofrio, 2007a; Platznerová, 2009, s. 28).

Poruchy příjmu potravy jsou tedy sebedestruktivní už samy o sobě. Tyto dívky se trýzní hladověním nebo přehnaným cvičením, trestají se či zklidňují záchvaty přejídání, vyvoláváním zvracení či průjmů. Podobně jako záměrné sebepoškozování i zmíněné techniky využívané anorektičkami a bulimičkami lze vnímat jako copingovou strategii zvládání negativních emocí, která jim přináší úlevu či uspokojení (Casper, Zachary, 1984; Ross, Heath, Toste, 2009; Solano et al., 2005;). Farber dokonce shrnuje výzkumy, které prokazují i neurochemickou podobnost. Podle nich hladinu serotoninu ovlivňuje nejen sebepoškozování, ale právě také hladovění, záchvatovité přejídání, zvracení či požívání projímadel (Farber, 2008).

Spolu s poruchami příjmu potravy se často vyskytuje záměrné sebepoškozování (Bjärehed, Lundh, 2008; Claes, Vanderexcken, Vertommen, 2005; Ruuska et al., 2005; Warm, Murray, Fox, 2002). Solano se svými kolegy při zkoumání anamnézy 109 pacientek s poruchami příjmu potravy zjistili, že téměř v polovině případů se první epizoda sebepoškozování objevila ve stejném období jako anorexie či bulimie, ve 40% si pacientky začaly ubližovat o něco později a jen asi v desetině případů následovaly problémy s jídlem až po prvním záměrně způsobeném zranění (Solano et al., 2005). Výskyt záměrného sebepoškozování je u různých skupin osob s poruchami příjmu potravy udáván přibližně mezi 20-35% (Ruuska et al., 2005; Sansone, Levitt, 2002; Solano et al., 2005), ale některé výsledky se pohybují až kolem 65% (Claes, Vanderecken, Vertommen, 2005). Vyšší výskyt bývá

---

<sup>24</sup> D’Onofrio vzpomíná, jak se proměňovalo vnímání mentální anorexie. V 70. letech prudce vzrostl počet dívek, které své emoční problémy vyjadřovaly odpíráním si jídla. Byl to tehdy nový fenomén, na který se společnost dívala s nepochopením jako na něco divného až mystického. Proč se někdo dobrovolně týrá hladověním? I pro pomáhající pracovníky bylo těžké odložit nálepku bizarnosti této sebedestrukce. Mimo jiné i velký zájem masových médií však přispěl k postupnému snižování společenského tabu anorexie a i odborníci začali být schopni odhlídnout od vnějších projevů sebedestruktivního chování a zaměřit se na osobnost dívek a jejich vnitřní motivaci. Podobný vývoj od úděsu a neporozumění probíhá v současné době ve vztahu k záměrnému sebepoškozování, přičemž na cestě k jeho pochopení stojíme zatím spíše na počátku (D’Onofrio, 2007, s. 6-7).

spojován s bulimií (Bolognini et al., 2003; Ruuska et al., 2005), ale někteří ho považují za shodný u obou poruch (Davis, Karvinen, 2002; Favaro, Santonastaso, 2002; Solano et al., 2005). Ross, Heath a Toste se na spojitost mezi sebepoškozováním a poruchami příjmu potravy podívaly z druhé strany. Zjistily, že sebepoškozující se středoškoláci signifikantně více touží po zhubnutí a je u nich frekventovanější bulimické chování. Tato jídelní patologie byla výraznější i u těch, kteří se sebepoškozováním přestali (Ross, Heath, Toste, 2009)

Ve vztahu k poruchám příjmu potravy je nasnadě i téma vnímání vlastního těla. Bulimičky a anorektičky, které se poškozují, s ním jsou ještě méně spokojené než ty ostatní (Anderson et al., 2002; Ross, Heath, Toste, 2009). Favaro a Santonastaso považují za významný prediktor záměrného sebepoškozování u obou poruch sexuální zneužití v dětství, které může být zároveň i významným faktorem bránícím přijetí vlastního těla takového, jaké je. Podle nich člověk reaguje na zneužití buď disociativní reakcí nebo nárůstem impulsivního chování. Pokud později během vývoje dojde k emočnímu rozladění, může právě tato negativní zkušenost z dětství ulehčit nástup symptomů poruch příjmu potravy nebo jiných poruch impulsivního charakteru včetně záměrného sebepoškozování (Favaro, Santonastaso, 2002) nebo např. závislosti na alkoholu či ilegálních drogách (Dohm et al., 2002).

V americkém klasifikačním systému DSM-IV je mentální anorexie i bulimie dále rozdělena na specifické typy podle toho, zda nemocní často volí purgativní/„očistné“ formy snižování váhy jako je zvracení a zneužívání laxativ či diuretik, nebo naopak upřednostňují restriktivní přístup, tedy především hladovky a intenzivní cvičení (Diagnostic, 2000). Favaro a Santonastaso zjistili, že nejvíce sebepoškozujících se dívek bylo ve skupině, která volila více různých forem purgativního chování: Mezi těmi, co zvracely i zneužívaly laxativa, se poškozovalo 63,6%, u těch, co volily jen jednu z těchto forem, 24 a 25%, a z těch, co žádné takové chování nerealizovaly, pouhých 7,1%. Kromě vyššího výskytu sebepoškozování se u obou poruch purgativního typu také častěji a intenzivněji objevovala další psychopatologie (Favaro a Santonastaso, 1996). Obecně se uvádí, že pokud se u poruch příjmu potravy objeví také záměrné sebepoškozování, závažnost případu i prognóza jsou horší (Sansone, Levitt, 2002; Solano et al., 2005; Wonderlich et al., 2002).

Jak již naznačil Favaro a Santonastaso, výskyt záměrného sebepoškozování má souvislost s přítomností dalších impulsivních forem chování (Favaro, Santonastaso, 2002). Pacientky s poruchami příjmu potravy, které si záměrně ubližují, tak častěji zneužívají projímadla (Anderson et al., 2002) i psychoaktivní látky (Anderson et al., 2002; Solano et al., 2005) a je nalezena spojitost i s drobnými krádežemi a promiskuitním sexuálním chováním (Wonderlich et al., 2002). Mezi další psychiatrické poruchy vyskytující se společně se

sebepoškozováním u nemocných poruchami příjmu potravy jsou depresivní fáze a úzkostné poruchy jako panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha a posttraumatická stresová reakce (Anderson et al., 2002; Bolognini et al., 2003; Ross, Heath, Toste, 2009). Spojitost je i s poruchami osobnosti (Sansone, Levitt, 2002; Wonderlich et al., 2002) a objevuje se také vyšší sklon k disociacím (Anderson et al., 2002; Sansone, Levitt, 2002). V podstatě se tedy jedná o tytéž poruchy, se kterými se nejčastěji současně vyskytuje záměrné sebepoškozování i samo o sobě. Jak již ale bylo zmíněno – čím složitější komorbidita, tím i složitější terapie.

#### **6.2.4 Závislosti na psychoaktivních látkách**

K diagnostice syndromu závislosti na psychoaktivních látkách je podle MKN-10 třeba přítomnost minimálně tří ze šesti dále popsanych kritérií během uplynulého roku. Těmi jsou silná touha látku užívat (bažení), potíže v sebeovládání ve vztahu k užívání látky, somatický odvykací stav, zvyšování dávek látky, zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání i přes jasné známky škodlivých následků (Mezinárodní, 2000).

Pokud syndrom závislosti vztáhneme k záměrnému sebepoškozování, minimálně tři kritéria by odpovídala i jemu. O pocitech před uhlazením si někteří přímo mluví jako o bažení (Kriegelová, 2008), potíže v sebeovládání jsou při zraňování se také charakteristické stejně jako i opakování tohoto chování i přes průkazné škodlivé následky. Změna intenzity a frekventovanosti sebepoškozování bývá u dospívajících individuální, ovšem mnoho z nich opravdu po čase potřebuje k dosažení stejného účinku závažnější poranění a uhlazení se nakonec stává zcela automatickou reakcí i na menší a menší stres (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006). Ve zbylých dvou bodech se už sebepoškozování jednoznačně liší. Je to rychlý a ve své podstatě i velmi jednoduchý způsob úlevy, takže se aktu i jeho přípravě nemusí podřizovat tolik času a věnovat tolik pozornosti jako u závislostí na psychoaktivních látkách. Stejně tak i somatický odvykací stav nebyl zatím popsán. Analogicky s Nešporovým příkladem diabetika, který si nedokáže odepřít pravidelnou dávku sladkostí (Nešpor, 2007, s. 43), lze i záměrné sebepoškozování z určitého úhlu pohledu chápat jako závislost v širším slova smyslu nebo o něm mluvit jako o návykovém typu chování.

Zneužívání návykových látek, ať už se jedná o alkohol, tabák či přímo o ilegální drogy, se podobá záměrnému sebepoškozování i v několika dalších okolnostech. Samo o sobě má sebedestruktivní charakter. Člověk do svého těla vědomě přijímá látky, o kterých ví, že mu kromě navození krátkodobé úlevy, zklidnění či euforie také podstatně škodí. Podobně jako u záměrného sebepoškozování se jedná o sebedestruktivní copingovou strategii, která má

taktéž impulsivní charakter. Potřeba znovu užít drogu i opakovaně si ublížit navíc kopíruje obdobný neurochemický mechanismus, který popisuje Fišerová. Podle typu psychoaktivní látky je (obdobně jako při záměrném sebepoškozování) ovlivňována hladina vyplaveného serotoninu a/nebo dopaminu a jejich vychytávání na příslušných receptorech neuronů v určitých částech mozku. Konkrétně opiáty působí velmi podobně jako endorfiny, tělu vlastní endogenní opioidy, které jsou při sebepoškozování vyplavovány. Ty přinášejí euforii, útlum a snižují vnímání bolesti (Fišerová, 2003). Ojedinelé výzkumy dokazují, že sebepoškozování vede stejně jako užití drog až k neuronovým změnám (D'Onofrio, 2007a, s. 62), kterými se tělo snaží udržet svou přirozenou rovnováhu (například snižování počtu a citlivosti receptorů nebo pokles tvorby určitých neurotransmiterů). Důsledkem toho sílí bažení a zvyšuje se tolerance jak k psychotropní látce (Fišerová, 2003), tak nejspíš také k záměrnému sebepoškození (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Popsané neurochemické změny se musí nutně promítnout do reálného prožívání. Jak psychoaktivní látky, tak i záměrné sebepoškozování jsou vyhledávány kvůli podobnému očekávání – způsobí změnu nálady. D'Onofrio na základě svých zkušeností psychologa popisuje, že však ne každý, kdo si ubližuje, má zároveň i tendence ke zneužívání drog. Jejich užití totiž kromě změny emočního naladění znamená také ztrátu kontroly nad sebou samým, což je pro některé nepřijatelné. Pro jiné je však sebepoškozování jen jiným prostředkem ke stejnému důsledku, k překonání nepříjemných emocí (D'Onofrio, 2007a).

Jak již bylo naznačeno v předchozí kapitole (6.2.3 Poruchy příjmu potravy), u těchto dospívajících se objevuje tendence ke kumulování různých impulzivních sebedestruktivních forem chování. Bylo tak opakovaně prokázáno, že se záměrné sebepoškozování často vyskytuje (mimo jiné) současně se závislostmi na psychoaktivních látkách. Bolognini a její kolegové ve svém výzkumu tento fakt ověřili a navíc odhalili, že ze stovek závislých dospívajících a mladých dospělých ve Švýcarsku se sebepoškozovala třetina uživatelů drog (Bolognini et al., 2003). Pozornost je věnována také legálním drogám. V japonském prostředí byl mezi současným výskytem sebepoškozování a zneužíváním alkoholu a částečně i tabáku potvrzen významný vztah už u čtrnáctiletých dětí (Izutsu et al., 2006). Ať legální či ilegální drogy, při sebepoškozování pod jejich vlivem roste nebezpečí závažnosti sobě způsobených zranění (D'Onofrio, 2007a).

### 6.2.5 Posttraumatická stresová porucha a disociace

Mnoho z těch, kteří se záměrně poškozují, prožilo ve svém životě významné trauma, přičemž nejčastěji se mluví o sexuálnímu zneužívání v dětství. Jako jeho následek může propuknout postraumatická stresová porucha nebo poruchy disociativního charakteru (Briere, Gil, 1998; Marchetto, 2006; Gratz, Conrad, Roemer, 2002). V praxi bývá v návaznosti na zátěžové události často přidělována také diagnóza poruchy přizpůsobení.

Posttraumatická stresová porucha obecně je zpožděnou reakcí na silně traumatizující situaci. Po traumatu obvykle následuje určité období latence, avšak do šesti měsíců začnou člověka znovu ve snech nebo v představách pronásledovat okolnosti nepříjemné zkušenosti. Objevují se i další příznaky jako zvýšená dráždivost, nespavost, zvýšená úzkost či deprese. Člověk na silně nepříjemnou zkušenost reaguje také emoční otupělostí a snahou vyhybat se podnětům, které by mu nepříjemný zážitek znovu připomněly (Mezinárodní, 2000).

S traumatickou zkušeností, popřípadě dlouhodobými problémy či narušenými vztahy souvisí také dissociativní poruchy, kdy dochází částečně nebo zcela k rozpadu integrace mezi „*vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládáním pohybů těla*“ (Mezinárodní, 2000, s. 153). Se sebepoškozováním se vyskytuje především její nespecifikovaná podoba (Briere, Gil, 1998) nebo mnohočetná osobnost (Briere, Gil, 1998; Kocourková, 2007).

Ještě více diskutovaným je depersonalizační a derealizační syndrom, u kterého dochází k rozpadu jen určitých aspektů osobní identity. Obvykle se neprojevuje v čisté formě, ale spíš jako doprovodný příznak jiných poruch (Praško, 2002). Depersonalizace se projevuje pocity odosobnění, jako by vlastní prožitky a zážitky byly oddělené, vzdálené, nebyly vlastní. U derealizace se zase zdají být vzdálené a neskutečné okolní objekty a lidé, přičemž si člověk u obou forem uvědomuje, že je to jen jeho subjektivní vnímání, zůstává mu náhled (Mezinárodní, 2000). Odstřížení se od reality i od vlastních negativních prožitků (někdy navíc doprovázené amnézií) jsou obrannými mechanismy, které člověku pomáhají překonat traumatizující vzpomínky či nesnesitelné pocity (Plante, 2007). V MKN-10 je zdůrazněno, že podobné stavy se mohou objevit i u duševně zdravých jedinců při silné únavě, senzorické deprivaci, intoxikaci halucinogeny nebo jako hypnagogický / hypnopompický fenomén, tedy během usínání a probouzení se (Mezinárodní, 2000). Podobné pocity popisují někteří sebepoškozující se po aktu ublížení si, kterým chtějí ukončit nesnesitelný nával nepříjemných emocí a otupit se vůči psychické bolesti. Sebepoškozování ale může mít i funkci opačnou – ukončit pocity odcizení a odosobnění a navrátit člověku jasný kontakt s realitou. V obou případech je disociace již zmiňovaným obranným mechanismem, který člověka chrání před

intenzivními emocemi a jeho přítomností lze zároveň vysvětlit, proč velká část sebepoškozujících se při zraňování necítí bolest.

#### **6.2.6 Poruchy chování a smíšené poruchy chování a emocí**

Poruchy chování zahrnují opakované, minimálně šest měsíců trvající a věku nepřiměřené způsoby chování překračující společenské normy, jako jsou krádeže, záškoláctví, útoky z domova, intenzivní vzdor, agrese a výbuchy zlosti nebo třeba tyranizování ostatních lidí či zvířat. Tyto formy chování se mohou v některých případech odehrávat primárně vůči rodině a v domácím prostředí (porucha chování ve vztahu k rodině), jindy i vůči širšímu okolí včetně vrstevníků. Někdy může být agresor mezi ostatními dětmi a dospívajícími neoblíbený a osamělý (nesocializovaná porucha chování), jindy je naopak svou partou oceňován nebo minimálně přijímán (socializovaná porucha chování). Poruchy chování se objevují také v kombinaci s poruchami emocí (depresivní poruchy chování nebo jiné smíšené poruchy chování a emocí) (Mezinárodní, 2000).

O současném výskytu záměrného sebepoškozování a poruch chování překvapivě zmínky v literatuře chybí. Vzhledem k reálné situaci na psychiatrických klinikách je však souvislost mezi těmito formami chování nepopíratelná.

#### **6.2.7 Sebevražedné chování**

Doposud byla zmíněna koexistence záměrného sebepoškozování s různými psychickými poruchami. Neopomenutelné je však i sledování spojitostí ve výskytu sebepoškozování a sebevražedných pokusů či dokonaných sebevražd, které jsou, jak již bylo poznamenáno, v MKN-10 zařazeny společně do kategorie zevních příčin nemocí a úmrtí, konkrétně mezi záměrné sebepoškození (Mezinárodní, 2000).

I když v současné době převažuje názor, že záměrné sebepoškozování se sebevražedným chováním nelze ztotožňovat, o vztahu mezi těmito způsoby sebestrukce nepanuje jasná shoda. Někteří je vnímají pouze jako kategorie různé závažnosti na téže kontinuu sebevražedného chování (Hawton, Harris, 2008), odtud také pojmy jako „partial suicide“ nebo „parasuicide“. Jiní tuto podobnost jednoznačně odmítají (Muehlenkamp, 2005) a poukazují na to, že sebepoškozování je naopak způsob, jak překonat nepříjemné psychické stavy a svůj život zachovat (D'Onofrio, 2007a). Ať tak, či tak, sebepoškozování v mnoha případech sebevražednému chování předchází (Warm, Murray, Fox, 2002; Owens, Horrocks,

House, 2002) nebo se s ním průběžně prolíná a obě formy se tak vyskytují u jednoho člověka (D'Onofrio, 2007a). Bolognini s kolegy vypočítali, že pravděpodobnost spáchání sebevraždy či pokusu o ni je pětikrát vyšší u těch, co se záměrně sebepoškozují (Bolognini et al., 2003). Jak se tedy zdá, významná korelace mezi sebepoškozováním a suicidem existuje, ovšem silně přehnaný by byl závěr, že kdo si ubližuje, v budoucnu se určitě také pokusí o sebevraždu.

Muehlenkamp a Gutierrez se zabývali rozdílem mezi sebepoškozujícími se dospívajícími bez a se sebevražedným pokusem ve své historii. Ti po suicidálním pokusu byli depresivnější jen nepatrně. Podstatnější rozdíl byl v jejich intenzivnějších sebevražedných myšlenkách a menším množství udaných důvodů, proč žít. Při podrobnějším zkoumání skórovali výše v dimenzi anhedonie a v negativním sebeposouzení, méně se také orientovali na budoucnost, rodinné spojení a sebepřijetí než ti, co se o sebevraždu nepokusili. Rozdíly naopak nebyly v přijetí a podpoře ze strany vrstevníků. Z těchto výsledků vyplývá, že pokud se někdo se svým sebepoškozováním svěřil nebo je nedobrovolně odhalen, mělo by se z důvodu prevence sebevraždy s dospívajícím o jeho suicidálních myšlenkách hovořit (Muehlenkamp, Gutierrez, 2007).

Vztahem mezi sebepoškozováním a sebevražedným chováním se zabývá v českém prostředí Kocourková. Podle ní sebepoškozující se lidé podceňují rizika sebedestruktivního chování a také odlišně vnímají smrt. Pojímají ji jako méně definitivní a zároveň věří, že před ní budou uchráněni (Kocourková, 2007).

## **7 PREVENCE A TERAPIE**

Odborníci pracující s dospívajícími se s fenoménem sebepoškozování setkávají čím dál častěji (D'Onofrio, 2007a; Hollander, 2008; McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006; Plante, 2007; Whitlock et al., 2009), a proto je nezbytné položit si otázku, jak tomuto sebedestruktivnímu chování předcházet a co dělat, když už někdo tuto strategii zvládání problémů zvolil a neví, jak s ní přestat. Mnohé rizikové faktory mohou posloužit jako vodítka, na které aspekty se soustředit při prevenci nebo následné terapeutické či jiné intervenci.

### **7.1 Prevence**

Sebepoškozování je typ chování, které bývá dospívajícími tajeno, a tak lze z výzkumů jen velmi opatrně usuzovat, jakého počtu mladých lidí se asi týká. Lékařskou či psychologickou pomoc v konečné fázi využívá také jen minimum těchto dospívajících, proto je prevence zaměřená opravdu na celou komunitu velmi důležitá (Fortune, Sinclair, Hawton, 2008).

Opatřením předcházejícím opakovanému volení této sebedestruktivní copingové strategie ve chvílích stresu se v literatuře odborníci věnují jen minimálně. Proto si především v kapitole týkající se prevence primární, s jejíž realizací mám několikaleté osobní zkušenosti, dovoluji navrhnout směr, kterým by se mohlo v prevenci sebepoškozování postupovat.

#### **7.1.1 Primární prevence**

Primárně preventivní programy bývají celistvou koncepcí, jak předcházet zapojení dětí a dospívajících do sociálně patologických aktivit a jak je naopak vést ke zdravému životnímu stylu. Například u prevence drogových závislostí, rizikového sexuálního chování nebo šikany se tyto programy obvykle realizuje formou workshopů ve školách, kde je spojována jak prožitková, tak také reflexivní a informativní část.

Co se ovšem týká záměrného sebepoškozování, takováto forma prevence je velmi diskutabilní. Informování o funkcích i rizicích vědomého ubližování si může velmi lehce na žáky a studenty zapůsobit jako návod, jak se rychle a efektivně vypořádat s nepříjemnými náladami a problémy (Platznerová, 2009). I když někteří odborníci tvrdí, že ti, co jsou k sebepoškozování osobnostně predisponováni, si k němu stejně nějakou cestu najdou, takže se není třeba obávat o něm otevřeně informovat veřejnost (McVey-Noble, Khemlani-Patel,



Neziroglu, 2006), přikláním se spíše k názoru Platznerové. Ta s tím nesouhlasí a navíc argumentuje výzkumy, ve kterých byla zjišťována efektivita programů zaměřených jednostranně na poruchy příjmu potravy. Po těchto programech došlo ke zlepšení jen minimálním, v horším případě začaly ještě i další děti více sledovat svou váhu a s dietami výrazněji experimentovat (Platznerová, 2009, s. 115-118).

Dospívající, kteří se sebepoškozují, se obvykle podílí i na dalších sebedestruktivních aktivitách, jako je opíjení se, užívání drog, hubnutí nebo zvracení, užívání prášků a jiných formách ubližování svému tělu jako způsobu, jak se vyrovnat s nepříjemnými stavy, které v nich zátěž vyvolává (Favaro, Santonastaso, 2002). Lze tedy předpokládat, že kdyby se mnoho z těch dospívajících, kteří si ubližují záměrným sebepoškozováním, k tomuto mechanismu zvládání stresu nedostalo, zvolilo by nějakou jinou, výše jmenovanou podobu zvládání. Proto považuji za podstatnější a efektivnější oproti specifickému působení prevenci komplexní, věnující se jednotlivým problematickým sférám fungování dospívajících, které se za sebepoškozováním skrývají.

K tématu prevence sebedestruktivního chování realizovaly britské výzkumnice Fortune, Sinclair a Hawton rozsáhlý výzkum, v rámci kterého se zeptaly téměř tři tisíců studentů středních škol na otázku, co by mohlo být uděláno pro to, aby se předešlo u mladých lidí pocitům, že si chtějí ublížit. Odpovědi těch, co si ubližovali, se velmi podobaly odpovědím ostatním. Významný rozdíl byl pouze v tom, že sebepoškozující se dospívající vyjadřovali častěji obavy, že sebepoškozování předcházet nelze, významně méně věřili linkám důvěry a naopak podstatně více spoléhali na pomoc od odborníků z řad psychologů a psychiatrů. Mezi odpověďmi jednoznačně dominovaly názory, že nejpodstatnější jsou blízké důvěrné vztahy, a to v rodině, ve škole a mezi přáteli. Mít kolem sebe lidi, kterým na člověku záleží a se kterými mohou sdílet svoje pochybnosti a problémy, se tedy zdá být zcela nejdůležitější. Před profesionálními organizacemi byly jednoznačně upřednostňovány neformální sociální sítě (Fortune, Sinclair, Hawton, 2008).

Klíčovou součástí preventivních programů by tedy mělo být posilování přátelských vztahů v třídním kolektivu a prevence šikany. Mnoho sebepoškozujících se dospívajících bývá z kolektivu vylučováno nebo ve škole přímo zažívá šikanu (Baker, Fortune, 2008), a proto je právě tolik důležité položit důraz na posílení sociální opory. Protože se o sebepoškozování nejčastěji dozvídají nejprve vrstevníci, je důležité, aby tato skutečnost nezůstala jen společným tajemstvím dospívajících, ale dostala se na povrch a mohlo se spolu s dospívajícím odkrývat a řešit to, co se za jizvami a popáleninami ve skutečnosti skrývá. Proto by se v rámci prevence měly děti podporovat, aby se zabývaly tím, jak se cítí nejen oni,

ale i jejich kamarádi. A pokud bude někdo z nich mít závažný problém, aby se nebály a svěřily se někomu dospělému, nebály se říct si o pomoc.

Záměrné sebepoškozování je neadaptabilní copingovou strategií (Favazza, 1996). Určitě by tedy v preventivních programech neměly chybět techniky věnující se copingu, adaptabilním způsobům zvládání zátěže a odolnosti vůči stresu. Na řadu by měly přijít i emoce, aby je děti a dospívající uměly pojmenovat, rozuměly jejich významu a ty své dokázaly akceptovat.

Neopomenutelný preventivní vliv má samozřejmě i jakákoli celospolečenská činnost posilující funkčnost rodin a zdravé způsoby výchovy dětí. Preventivně by šlo působit také zlepšením spolupráce odborníků s médii, kdy by se v článcích o sebepoškozování neprezentovaly pouze dojemné lidské příběhy a fotografie zkrvavených ran, ale důraz by byl položen na to, co za sebepoškozováním je, že i zdánlivě neřešitelná situace řešení mít může a co pro to lze udělat.

### **7.1.2 Sekundární prevence**

Cílem sekundární prevence obecně je včasné rozpoznání skupiny dospívajících, kteří už mají s určitým rizikovým či patologickým chováním první zkušenosti. To znamená, že v případě sekundární prevence záměrného sebepoškozování směřují tyto aktivity k co nejvčasnějšímu rozpoznání a intervenci s těmi, co si záměrně ubližují. Velkou úlohu v tomto mohou sehrát pracovníci na školách, lékaři a vůbec všichni dospělí pracující s dětmi. A v neposlední řadě rozhodně také rodiče.

#### **První kontakty mimo rodinu**

Dospívající tráví mnoho času ve škole nebo v kroužcích. Všude tam je vedou dospělí, kteří jsou s nimi v častém kontaktu a obvykle je i velmi dobře znají. Protože nejvíce času prosedí ve školních lavicích, bude v této kapitole řeč především o učitelích, výchovných poradcích a školních psychologích. Osobou, které se dospívající se svými obtížemi a se sebepoškozováním svěří nebo která jizvy odhalí, však může být klidně i vedoucí kroužku nebo dětský lékař. Proto jsou následující řádky určeny i jim.

Do školy děti a dospívající dochází den co den, proto by to mělo být v první řadě přátelské prostředí, ve kterém mohou někomu důvěřovat, někdo se o ně upřímně zajímá. Jednoduše na škole by měl být vždycky někdo, komu děti budou věřit a budou vědět, že se na

něj můžou se svými problémy obrátit (D'Onofrio, 2007a). To samozřejmě nelze nařídít, ale jde o to usilovat.

Učitelé by na to, že se jim někdo se záměrným sebepoškozováním svěří nebo ho třeba během hodiny tělocviku náhodně odhalí, měli být připraveni. Měli by být seznámeni s tím, proč tuto sebedestruktivní strategii dospívající volí, co se za ní skrývá, jaký mívá sebepoškozování průběh, následky, jak se liší od sebevražedného chování i jaké jsou možnosti léčby a kde je hledat. Aby dokázali i předvídat, je také dobré vědět a všimnout si varovných signálů, jako je zhoršený psychický stav žáka či studenta, nevysvětlitelné jizvy, popáleniny a modřiny především na nedominantní ruce nebo i na ostatních končetinách, preferování dlouhých rukávů i v létě, popřípadě nošení potítek, odmítání aktivit, kde hrozí odhalení těla nebo přímo nalezení netypických ostrých pomůcek, jako je žiletka (Platznerová, 2009).

Zahraniční literatura je před tou naší v oblasti záměrného sebepoškozování rozhodně o míle dál. V široké plejádě knih o sebepoškozování se objevují i příručky pro rodiče či učitele, které představují základní charakteristiky tohoto způsobu zvládání stresu. Navíc se věnují i tomu, co v tuto nelehkou chvíli dospívající od dospělých potřebují a jak by se měli zachovat. D'Onofrio v té své zdůrazňuje význam již prvního kontaktu dospívajícího s učitelem či školním psychologem, kterému se rozhodne svěřit. Upozorňuje však, že představa, jak se někdo záměrně zraňuje, nebo i přímý pohled na poraněné tělo v člověku přirozeně budí silné emoce: odpor, strach, vlastní nejistotu, bezmocnost či lítost. Na mysl také mohou člověku přijít typické předsudky, že se musí nutně jednat o manipulativní akt nebo sebevražedný pokus. Aby k tolik důležitému navázání bezpečného a důvěryhodného vztahu mohlo vůbec hned od začátku dojít, je nezbytné, aby pracovník o fenoménu sebepoškozování věděl, nezpanikařil a dal zoufalému dospívajícímu pocítit pochopení, podporu a víru v jeho kompetence (D'Onofrio, 2007a).

Školní psycholog nebo učitel či jiný dospělý stojí na samotném počátku řetězce, kde je nejzásadnější utvoření vztahu. Až v návaznosti na něj je možné dospívajícího nasměrovat na terapeuta, který má ideálně přímo s léčbou záměrného sebepoškozování zkušenosti. D'Onofrio mnohokrát varuje před tím, aby se dospělý neupínal jen k jizvám, ale především se zajímal o člověka za nimi, o to, co se za sebepoškozováním skrývá a co dospívajícího tíží. Stejně tak když bude s dospívajícím komunikovat s předsudkem, že si ubližuje jen proto, aby byl zajímavější, nebo protože je to móda a chce tak vlastně všemi kolem sebe jen manipulovat, důvěryhodný vztah se vytvořit nepodaří. Každý, kdo pracuje s dětmi a dospívajícími, by měl sebepoškozování tedy alespoň rámcově rozumět, aby věděl, že takhle jednoduché to nebývá (D'Onofrio, 2007a).

D'Onofrio tolik upozorňuje na navázání vztahu hned od počátku nejen proto, že je to podmínka, aby mladý člověk neztratil k dospělým důvěru a byl ochoten se svým problémem dál něco dělat, tak ale také proto, že to pro něj nebývá lehké. Odtazitost nebo naopak přílišnou přilnavost těchto dospívajících vysvětluje prožitkem nejisté vazby v dětství, ve které se naučili, že je pro ně výhodnější udržovat distanci nebo se naopak rychle navázat na kohokoli, ke komu to jde. Proto také často kolísají mezi přiblížením se a odvrácením a potřebují delší čas na získání důvěry. Nakonec je však zážitek toho, že s nimi někdo prostě „je“, snaží se jim porozumět, důvěruje jim a důvěruje i jejich kompetencím, velmi cenný. Pro pracovníka to ovšem znamená nastavení a udržení jasných a pevných hranic (D'Onofrio, 2007a).

Málokdy se stává, že by ten, kdo si ubližuje, za školním psychologem nebo oblíbeným učitelem přišel sám. Obvykle ho přivede kamarád, který si už dál neví rady, nebo je nezáměrně odhalen například při tělocviku nebo při zoufalém činu na školních toaletách. Z toho vyplývá, že nejčastěji samotnému rozhovoru o sebepoškozování předchází ještě vyjednávání a zarputilost, kdy se žák či student nechce o svém sebedestruktivním chování s nikým bavit a už vůbec ne, aby se o tom dozvěděli rodiče. Epizodě sebepoškození nebo jeho důsledkům bývají vystaveny i ostatní děti (například nejlepší kamarádka), proto by se v intervencích nemělo zapomínat ani na ně (D'Onofrio, 2007a).

D'Onofrio popsal hlavní úkoly prvních setkání. V první řadě je třeba rychle posoudit aktuální zdravotní rizika, a to nejlépe v soukromí, ne na chodbě před proudícími spolužáky. Následuje nutná podmínka navázání vztahu, které by postupně mělo přecházet v posouzení situace dané dívky či chlapce, a to především rozpoznání, zda se nejednalo o sebevražedný pokus nebo tento pokus v nejbližší době nehrozí. Při zjišťování okolností ublížení si, funkce sebepoškozování a jeho závažnosti bude nejspíš nutné se aktivně doptávat, ovšem ani to by nemělo být činěno s nátlakem, naopak by to mělo probíhat v klidu a měl by při tom být vyjadřován upřímný nefalšovaný zájem (D'Onofrio, 2007a).

Odhalit riziko sebevražedného chování nemusí být vždy snadné, protože mnoho z těch, co si ubližují, mívá minimálně sebevražedné myšlenky, někdy zachází i dál k pokusům. D'Onofrio cituje jako vodítko (tedy ne jako doslovný návod!) pro odlišení sadu otázek vytvořených Walsh, na které se odpovědi sebevražedných dospívajících od těch „pouze“ sebepoškozujících se obvykle liší (D'Onofrio, 2007b, p. 137-138 podle Walsh, 2006, p. 6-23):

1) *„Jaký byl vyjádřený a nevyjádřený záměr aktu sebepoškození?“*

Sebepoškozující se odpoví, že především úleva od tenze, prázdnoty, bolesti a naštvání, sebevražednému naopak už nejde jen o dočasnou úlevu, ale o úplný únik od bolesti.

2) „*Jaká byla míra fyzického poškození a potenciální letality?*“

Zatímco zranění sebepoškozujícího bývá méně závažné a povrchnější (i když i ten to někdy může přehnat), dospívající po sebevražedném pokusu bývá poraněn zásadněji.

3) „*Mají akty sebepoškození chronický, opakující se vzorec a je užito více metod?*“

Sebeпоškozující se dospívající obvykle zkouší více metod, které opakují častěji, kdežto sebevražední si ubližují méně často, zato zvolené způsoby se příliš neliší.

4) „*Jak silná je psychická bolest?*“

Distres trápící sebepoškozujícího bývá sice nepříjemný, ale zároveň pouze epizodický, občasný, navíc ublížením si se mu nálada zlepší. Utrpení sebevražedného dospívajícího je zato nesnesitelné a stálé, a tak i tento dospívající touží po úniku neustále.

5) „*Je omezena kognice?*“

Sebevražední dospívající vnímají současné možnosti jako značně omezené, dívají se na svět černobíle - buď, a nebo. Sebeпоškozující se možnostmi také moc nevidí, ale aspoň nějaké ano.

6) „*Jsou přítomny pocity beznaděje a bezmoci?*“

Tyto prožitky mají obě skupiny, ovšem sebepoškozující se dospívající ucítí alespoň občas naději, že bude líp.

7) „*Snížil se po aktu pocit diskomfortu?*“

Ublížení si přináší sebepoškozujícím se dospívající pocit úlevy, to je také hlavní důvod, proč se zraňují. U sebevražedných pokusů je to jinak – tam buď zemřou nebo jim psychická bolest zůstane.

8) „*Jaký je dominantní problém?*“

U sebevražedných dívek a chlapců převládají pocity deprese, vzteku, nesnesitelné bolesti, samoty, beznaděje a izolace. Sebeпоškozující se spíš zažívají pocity odcizení od těla, intenzivní stres, pocítují nedostatečné sebe-podpůrné dovednosti a vrstevníci je v sebeпоškozování ovlivňují.

Pokud se objeví obavy z rizika spáchání sebevraždy, je třeba jednat a situaci okamžitě řešit hospitalizací. Když je v lepším případě naopak akutní riziko sebevraždy zažehnáno, je dobré se zabývat dalšími rizikovými aktivitami, jako je zneužívání drog, poruchy příjmu potravy, sexuální rizikové chování nebo třeba vyhledávání adrenalinových situací. Na základě tohoto posouzení by měly být naplánovány další kroky – odborná terapeutická léčba (D'Onofrio, 2007a).

Jak bylo tedy popsáno, úkolem školního pracovníka, ideálně (ale ne nutně) psychologa, nejsou nijak zásadní a složité intervence. Podstatou je navázání vztahu s dospívajícím, posouzení jeho aktuální situace a na základě toho domluvení se na následném léčebném postupu. Vůbec nejhlavnější však stále zůstává myšlenka hned z úvodu kapitoly: Vytvořme dětem prostředí, kde budou mít k dispozici dospělé osoby, které o ně budou mít opravdový zájem a děti jim budou moci ve chvílích obtíží důvěřovat.

## **Rodiče**

Jak již bylo zmíněno, v rámci preventivních opatření se šíření informací o záměrném sebepoškozování mezi veřejnost příliš nedoporučuje (Platznerová, 2009). To, co rodiče mohou pro celkovou prevenci a podporu zdravého vývoje svých dětí udělat, je však nasnadě. Vytvořit pro ně a s nimi fungující rodinný systém, ve kterém budou cítit lásku, podporu, porozumění i bezpečí pro komunikování svých obtíží. A také si u svých dětí všímat, jak se mají. Zdánlivě triviální poučka, kterou však v dospívání, době rychle se měnících nálad i názorů, nebývá vždy jednoduché realizovat.

Dospívání s sebou přináší mnoho nástrah, a tak ani sebelepší rodinné zázemí nemusí být stoprocentní zárukou toho, že některý z jejích mladších členů nezačne své obtíže řešit sebedestruktivním způsobem. Proto rozhodně nejsou od věci příručky pro rodiče, kde se mohou dočíst, co pro jejich děti záměrné sebepoškozování znamená, jak s nimi po tom, co se o sebepoškozování dozví, jednat, i jaké jsou možnosti léčby a co od ní očekávat. I tyto příručky jsou však bohužel zatím pouze cizojazyčné. Proto by se zásadami komunikování v rodině s dospívajícím členem, u kterého existují reálné obavy, že si ubližuje, měli být seznámeni i dětští psychologové a konzultanti linek důvěry, aby byli schopni tyto informace předávat zajímavějším se rodičům ústně. Základní doporučení mohou rodiče najít také na internetových stránkách <<http://sebeposkozovani.ath.cx>>.

Mnoho informací i doporučení rodičům, jejichž děti se záměrně poškozují, se podobá těm určeným školním a zdravotnickým pracovníkům z předchozí kapitoly. Je samozřejmé, že když se toto rodiče dozví, dostaví se silná emoční reakce od popírání a nedůvěry, přes naštvání, strach a úzkost až k bezmoci. Mohou se také dostavit pocity viny, ovšem autoři těchto knih ji z rodičů snímají a ujišťují je, že nikdo není stoprocentně správný rodič, že výchova není nic lehkého a že oni nebyli těmi, kdo by za dospívajícího rozhodl, aby se pořezal nebo si jinak ublížil. A také že první krok, kterým mohou svému dítěti pomoci, je věnovat čas literatuře o sebepoškozování, tedy třeba těmto příručkám (Hollander, 2008; McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Aby rodiče porozuměli tomu, co se s jejich dítětem děje a lépe se jim s ním o tom mluvilo, je třeba je seznámit se základními charakteristikami záměrného sebepoškozování, především s tím, že jejich syn či dcera si neubližují proto, aby s nimi manipulovali nebo jim něco demonstrativně dokazovali, ale kvůli sice krátkodobé, avšak efektivní kontrole svých emocí, tedy kvůli tomu, že se necítí dobře. Když budou toto rodiče vědět, snáze se budou schopni soustředit na problémy, které se za ránami na kůži skrývají a nebudou zůstat jen „na povrchu“ u zranění (Hollander, 2008; McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Pro žádného rodiče není situace, kdy se jeho dítě poškozuje, příjemná. Ovšem nejhorší, co mohou udělat, je na jizvy nereagovat. I když je dospívající schovává, natož když si je dělá na viditelné místo, vždycky jsou signálem pro ostatní, že něco není v pořádku a potřebuje pomoc. Lhostejnost k jizvám vyznívá i jako lhostejnost k jejich nositeli (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Autoři knih pro rodiče se jasně shodují v tom, že nejen ignorace, ale ani panika ničemu nepomůže. Proto doporučují, i když je to těžké, aby si dospělý nechal čas, zklidnil se, pokusil se k novému zjištění přistoupit co nejracionálněji a dopředu si rozmyslet, co by chtěl svému dítěti sdělit, udělal si plán. Nic není důležitější než vyjádření porozumění („Rozumím tomu, že to pro tebe není lehké.“), zájmu a podpory („Asi se teď v tvém životě něco děje a budu moc rád/a, když mi o tom něco povíš.“) a nabídka pomoci („Vím, že to není tvoje vina, určitě se s tím dá něco dělat.“). To vše by mělo proběhnout bez dotěrných otázek, vnucovaných řešení a označování viníků. Ani restrikce a zabavování ostrých předmětů nejsou efektivní – dospívající si stejně vždycky něco, čím by se mohl zranit, najde, a při propuknutí hádky či užívání výhrůžek bude mít spíš než na zdravou změnu chuť k další sebedestrukci, místo nastartování otevřené komunikace dojde k ještě většímu uzavření se před rodiči a nastavení obran (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006; Plante, 2007).

Dospívající i rodiče mají obvykle tendenci sebepoškozování pojímat jako dočasnou etapu, kterou sami zvládnou nebo která brzy sama přejde. Autoři věnující se sebepoškozování sice tento postoj chápou, nicméně odbornou konzultaci považují za nezbytný krok. Rodič nemůže nahradit terapeuta a terapeutický vztah, ani kdyby sebevíc chtěl. I s terapií bývá zvládání této sebedestruktivní copingové strategie dlouhodobější záležitostí a čím dříve se podaří začít, tím lépe (Hollander, 2008; McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Tempo rozhodnutí se odborníka vyhledat je také do značné míry ovlivněno tím, zda sebepoškozující se dospívající projevuje i sebevražedné tendence či úmysly, působí si závažná zranění nebo se zapojuje do dalšího sebedestruktivního chování jako jsou závislosti nebo hladovění. Pokud ano, hospitalizace je nezbytná. V případě využívání sebepoškozování

„pouze“ ke zvládnání nepříjemných stavů je dobré si nechat trochu času na zvolení vhodného terapeuta. Protože je dospívajícího vhodné co nejvíce zplnomocňovat, podporovat ho v aktivní participaci na řešení aktuální situace, měla by mu být nabídnuta možnost se na výběru odborníka podílet, například zvolit si, zda preferuje spíše ženu nebo muže. Autoři příruček dále uvádějí obecné poučky o tom, na jakého odborníka se obrátit (zda na psychologa nebo psychiatra) a jak si ho vybrat. Co se týče zaměření, doporučují vyhledání specialisty na dialektickou behaviorální terapii, odnož kognitivně-behaviorální terapie, která u nás zatím jako samostatný akreditovaný výcvikový program ani není vyučována (McNoble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).



## 7.2 Terapie

Záměrně se poškozující dospívající své rány obvykle schovávají a snaží se udržet toto sebedestruktivní chování v tajnosti. Rány navíc nebývají tak hluboké a závažné, aby byli nuceni vyhledat lékařskou pomoc. Do psychologických či psychiatrických ordinací se tak bohužel dostává jen malá část z těch, kteří se naučili své problémy řešit ubližováním si (Bjärehed, Lundh, 2008; Brown, Williams, Collins, 2007; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008).

Záměrné sebepoškozování lze obvykle řešit ambulantně a především zahraniční psychologové tuto formu léčby preferují, protože hospitalizace je více stigmatizující, zároveň člověku odebírá vlastní odpovědnost a zpochybňuje to, že svou situaci je sám schopen aktivně zvládnout. V některých případech je však hospitalizace nutná. McVey-Noble, Khemlani-Patel a Neziroglu vyjmenovávají mezi těmito urgentními případy ty, kde hrozí, že dospívající spáchá sebevraždu nebo si způsobí závažné zranění. Další indikací je opakované ubližování si i během jednoho dne, přidružené sebedestruktivní chování jako je hladovění nebo nadužívání alkoholu či závislost na drogách, nebo stav, kdy člověk nedokáže reálně posuzovat skutečnost (například mánie, intoxikace, psychóza, apod.) (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006). Kocourková k důvodům hospitalizace přidává ještě deprese a doplňuje, že přínos může mít pobyt nejen pro dospívajícího, ale také pro celou rodinu, která si může na chvíli odpočinout (Kocourková, 2007). Hospitalizace obecně obvykle vede k tomu, že si rodiče plně uvědomí, že něco přece jen není v pořádku a minimálně krátkodobě k nějaké změně v systému dochází. Od hospitalizace ovšem nelze očekávat celkové vyléčení. Slouží spíše ke stabilizaci, a tak následná ambulantní psychoterapie je téměř nevyhnutelná. Realita je ovšem taková, že velká část dospívajících, kteří se do léčeben opakovaně vrací, už v psychoterapii po návratu domů nepokračuje.

Na českých psychiatrických klinikách je zcela běžné, že dospívající, kteří si ubližují, musí sestrám odevzdat všechny ostré předměty a jsou kontrolováni, jestli jim ranky a jizvy nepřibývají. Nicméně ani tímto opatřením jim není možné zabránit v tom, aby se už dále nepoškozovali a nezpůsobovali si až tak závažná zranění, že musí být ošetřeni na chirurgii. Platznerová popisuje odlišný přístup, který prosazují v některých amerických a anglických nemocnicích. Ty sebepoškozování naopak do určité míry tolerují a každý takový incident využívají k tomu, aby s pacientem refletovali, co sebepoškození předcházelo, co po něm následovalo a jak jinak se příště při podobných pocitech zachovat, jak nával emocí řešit. Při tomto postupu musí být nutně délka pobytu v léčebném zařízení delší (Platznerová, 2009).

Terapeutická práce na eliminování sebepoškozování nebývá jednoduchá, ani krátkodobá (D'Onofrio, 2007a) a doposud nebyl odhalen přístup, který by byl zcela účinný (Boyce et al., 2003; Warm, Murray, Fox, 2002). Obecně se k léčbě přistupuje kombinací individuální s rodinnou nebo skupinovou terapií a v centru pozornosti bývá zlepšení emoční regulace včetně rozpoznávání a vyjadřování svých emocí a potřeb (Briere, Gil, 1998; Gratz, 2006; Gratz, Roemer, 2008; Heath et al., 2008; Kimball, Diddams, 2007; Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Nock, Teper, Hollander, 2007; Ross, Heath, Toste, 2009; Suyemoto, MacDonald, 1995), posuzování funkcí sebepoškozování (Klonsky, Muehlenkamp, 2007), zvyšování tolerance k distresům (Nock, Teper, Hollander, 2007), učení efektivnějším způsobům řešení problémů včetně hledání alternativ za sebepoškozování (Briere, Gil, 1998; Klonsky, Muehlenkamp, 2007) a na řadu rozhodně přichází i mezilidské vztahy včetně těch rodinných (Nock, Teper, Hollander, 2007; Kimball, Diddams, 2007).

Terapeutickým postupům se záměrně se poškozujícími klienty se celkem rozsáhle věnuje i česká literatura (Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009). Nicméně kvalitních studií zabývajících se efektivitou jednotlivých přístupů je zatím nedostatek a výsledky se i značně liší. Popsána je účinnost u psychodynamických směrů (Klonsky, Muehlenkamp, 2007), rodinné terapie (Burns et al., 2005) interpersonální terapie (Plante, 2007) i kognitivně-behaviorální terapie (Allen, 2005) a různých směrů z ní vycházejících, jako je terapie zaměřená na řešení problému (Klonsky, Muehlenkamp, 2007) nebo kognitivně behaviorální terapie se zaměřením na trauma (Kriegelová, 2008). Platznerová popisuje i další přístupy, jako například racionálně-emotivní psychoterapii nebo doplňkový význam hypnózy a relaxací (Platznerová, 2009, s. 98-99). Protože se jako obzvlášť slibná v poslední době jeví další odnož kognitivně behaviorální terapie – terapie dialektická behaviorální - bude jí věnována následující samostatná kapitola.

### **7.2.1 Dialektická behaviorální terapie**

Stejně jako u ostatních terapií je základem dialektické behaviorální terapie (dále jen DBT) důvěrný vztah terapeuta s klientem. D'Onofrio zvlášť upozorňuje na obvyklou zkušenost těchto klientů s nejistou vazbou v dětství, která se přenáší až do současnosti a negativně ovlivňuje prožívání vztahů i s dalšími osobami mimo rodinu. Proto staví podpůrný vztah s jasně danými hranicemi na první místo (D'Onofrio, 2007a).

Další podobností s ostatními přístupy je i u DBT to, že hlavní pozornost není věnována pouze sebepoškozování, ale především tomu, co se za ním skrývá (D'Onofrio,

2007a; Plante, 2007). Pozornost se také věnuje motivaci se sebepoškozováním přestat. S tím souvisí schopnost reflektovat negativní důsledky, které sebepoškozování má – jednak je to riziko vážného zranění, vzniku infekce a utvoření jizev, které se budou hojit léta až celá desetiletí. Po tuto dobu budou muset tito dospívající žít „v kůži“, která z estetického hlediska nebude vypadat hezky, a tak budou muset neustále řešit, nakolik si ji dovolí poodhalit v teplých letních měsících nebo při sportu. Jizvy jim ale také budou ještě dlouho připomínat jejich nepříjemné životní období. A nejen jim, působí i na ostatní, ve kterých mohou vyvolávat jak lítost, tak ale také neporozumění až odpor (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Tvůrkyní DBT je Marsha Linehan, která v 90. letech vyšla z principů kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) a poupravila ji tak, aby lépe vyhovovala k léčbě osob s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu. Hlavní příčinu vzniku této poruchy vidí v biologicky dané zranitelnosti podpořené v dětství chronickou invalidací, zpochybňováním způsobu vnímání světa významnými pečovateli. Tak se tyto děti naučily, že svým emočním reakcím nemohou důvěřovat a situaci samy zvládnout nedokážou. V tom se tato skupina velmi podobá mnoha dospívajícím, kteří se záměrně poškozují. A skutečně se ukázalo, že i u této skupiny DBT velmi dobře funguje (Hollander, 2008; Plante, 2007).

V DBT je zachována myšlenka propojenosti emocí, chování a kognice využívaná v KBT. Právě díky této propojenosti lze eliminovat akty sebepoškozování (tedy behaviorální složku) tak, že se pracuje na tom, co člověka k sebepoškozování vede (tedy s emocemi a kognicí). V rámci kognitivní složky se v terapii zaměřuje na změnu nefunkčních a nerealistických přesvědčení. (Například klientka si může myslet, že si často ubližuje proto, že nemá dostatek vůle a nic nevydrží, ale ve skutečnosti to může být nedostatkem dovedností, jak záplavu emocemi zvládat. Mnoho těchto dospívajících zase žije v mylném přesvědčení, že oni si trestání zaslouží nebo mají obecnou tendenci vnímat svět černobíle.) V rámci složky behaviorální se pak potřebné dovednosti učí a efektivní způsoby chování se posilují (D'Onofrio, 2007a; Hollander, 2008). Někteří terapeuti sepisují s klientem kontrakt o tom, že si tento klient během terapeutického procesu neublíží, ovšem D'Onofrio ze zkušenosti usuzuje, že u lidí, kteří se dlouhodobě poškozují, už podobné smlouvy nepomáhají (D'Onofrio, 2007a).

Ke třem zmíněným složkám přidala Linehan ještě složku další, dialektickou. Ta připouští současnou existenci více pravd. To umožňuje v terapii jak naprosté přijetí klienta i s jeho pocity a jejich verifikaci, tak ale také zároveň uznání možnosti změny, že všechno

může být i jinak („Ano, ty to tak teď opravdu cítíš a máš, to je v pořádku, ale může to být i jinak.“) (Hollander, 2008; Plante, 2007).

Velmi stručně - DBT je v podstatě založená na tom, že se nejprve hledá, jaké funkce záměrné sebepoškozování u daného člověka plní. Sleduje se, jaké myšlenky a emoce ho předchází, kde a kdy k němu nejčastěji dochází. Obvykle si dospívající nějakou dobu zaznamenává okolnosti jednotlivých aktů. To je součástí trénování obecné dovednosti „mindfulness“, plného vědomí. Tuto dovednost se dospívající v terapii učí nejen ve vztahu k sebepoškozování, ale také proto, aby dokázal vnímat a reflektovat, co se kolem něj i v něm děje, dokázal popsat a pojmenovat své emoce. Už to mu dává větší pocit kontroly a porozumění své situaci a také tomu, kdy na něj chuť na pořezení přijde. Tak tomu může předcházet nebo například začít vykonávat určitou aktivitu, která se mu zdá být v těchto chvílích užitečná (Plante, 2007).

Když už dospívající rozumí funkcím svého sebepoškozování, může se přejít k další fázi – hledání a učení jiných copingových strategií, které by stejnou funkci byly schopny zastat. Plante popisuje, že je pro tyto dospívající zajímavé už samotné zjištění, že když je člověku špatně, ani nic dělat nemusí. Silná emoční reakce nikdy netrvá věčně a někdy určitě sama přejde. Jako příklady možných způsobů zvládání návalu emocí Plante uvádí vypsání se do deníku, zavolání kamarádovi, procházku, poslech hudby, sport, koupel, odreagování u filmu, prohlížení pozitivních fotografií, přitulení se k domácímu mazlíčkovi nebo vaření či jinou oblíbenou aktivitu (Plante, 2007). D’Onofrio dodává ještě možnost využití relaxačních technik jako je třeba vědomé dýchání. Někteří terapeuti využívají i symbolické reprezentace, jako je například malování na kůži červenou fixou v těch místech, kde by se jinak pořezali<sup>25</sup>. Nicméně protože tato forma odreagování opět udržuje pozornost u sebepoškozování, D’Onofrio ji příliš nedoporučuje (D’Onofrio, 2007a). Přístup k nalézání alternativ by měl vždy být co nejindividuálnější a měl by na něm participovat především sám klient, aby to byly cesty, které budou přijatelné zrovna pro něj. Vymyšlené možnosti je dobré sepisovat a s postupem času měnit a doplňovat podle toho, jak se osvědčí. Sepsaný seznam posiluje v přesvědčení, že se záměrným sebepoškozováním lze něco dělat (Plante, 2007).

Posilující na DBT je skutečnost, že nikoho z ničeho neobviňuje. Problém je v nedostatku určitých dovedností, které jdou naučit, a to je i jádrem samotné terapie. Buď individuálně nebo skupinově se klienti učí čtyři základní dovednosti, které se týkají základních problematických sfér, které zažívají. První dovedností je již zmiňované

---

<sup>25</sup> Podobných technik je celá řada. Stone a Sias například popisují, že jejich pacientka používala jako náhražky sebepoškozování buď „kouzelnou hůlku“ k řezání nebo mačkala kostku ledu místo pálení se (Stone, Sias, 2003).

„mindfulness“- plné vědomí, dále to jsou interpersonální dovednosti (kvůli častým problémům ve vztazích se učí být plně přítomní i zde), dovednosti k regulaci emocí (učí se rozumět svým emocím a jak je regulovat) a nakonec dovednosti zvyšující toleranci ke stresu (dovednosti, jak se zbavit strachu nebo ho alespoň zmírnit) (Hollander, 2008).

Ani DBT není nijak zvlášť rychlým způsobem vyřešení záměrného sebepoškozování. Hollander uvádí jako základní časové období pro podstatné snížení až vymizení tohoto chování tři až šest měsíců individuální a skupinové terapie plus dále doporučuje docházet ještě dalšího minimálně půl roku k terapeutovi pro čerpání podpory a řešení dodatečných obtíží. K tomu všemu je někdy nutná i dočasná medikace (Hollander, 2008), které se v kontextu sebepoškozování z českých lékařů podrobněji věnují Babáková a Platznerová (Babáková, 2003; Platznerová, 2009). Autoři se jednohlasně shodují v tom, že aby byla terapie dospívajících úspěšná, je velmi důležité do procesu zapojit také jejich rodiny, ať už formou občasných sezení i s rodiči, skupinou pro rodiče nebo přímo rodinnou terapií doplňující individuální sezení (Babáková, 2003; Crowell et al., 2008; Diamond et al, 2005; D'Onofrio, 2007a; Hollander, 2008; Nock, Teper, Hollander, 2007; Plante, 2007; Yates, Tracy, Luthar, 2008).

### **7.2.2 Rodinná terapie jako doplněk terapie individuální**

V dospívání přirozeně člověk balancuje mezi tím, že by chtěl už všechno zvládat sám a po rodičích požaduje jen více a více volnosti, na druhou stranu však pořád ještě v rodině žije a velkou pomoc a podporu od ní potřebuje. Stále je to skupina, která je součástí jeho každodenního života a domov má právě s ní a v ní. A tak i autoři, kteří zastávají individuální terapeutické přístupy, považují pro úspěšnou léčbu dospívajícího, jejíž pozitivní důsledky nebudou pouze krátkodobé nebo jednostranné a dospívající brzy nezačne mít problémy s jiným rizikovým chováním, nutnou spolupráci rodiny (Babáková, 2003; Crowell et al., 2008; Diamond et al, 2005; D'Onofrio, 2007a; Hollander, 2008; Nock, Teper, Hollander, 2007; Plante, 2007; Yates, Tracy, Luthar, 2008). S tím jednoznačně souhlasí i výzkumníci, kteří se zabývají výzkumem rodinného systému sebepoškozujících se dospívajících, kteří v mnoha těchto rodinách identifikovali celou řadu faktorů, na kterých je třeba pracovat, pokud se má v životě dospívajícího něco změnit (více Kapitola 9).

Jak bude blíže popsáno ve druhé sekci, člověk vyrůstá v rodinném systému, který má schopnost se sám různě vyrovnávat se změnami podmínek. Jednou z těchto forem přizpůsobení se a udržení rovnovážného stavu systému je tvorba symptomu, kterým může být

právě záměrné sebepoškozování dospívajícího. Babáková přímo zmiňuje, k čemu dochází při vzájemných interakcích: „*ostatní členové jsou symptomem ovlivnění a zároveň sami symptom ovlivňují*“ (Babáková, 2003, s. 168). Aby se mohl dospívající dostat do psychické pohody, je velmi nápomocné, pokud se podaří rodinný systém transformovat do stabilního a podpůrného prostředí, kde se navíc vztahové problémy začnou řešit efektivněji než tvorbou symptomů (D'Onofrio, 2007a).

Plante se podrobněji zabývá tématy, která se v rodinné terapii obvykle objevují. Často se vyjednává o míře kontroly a soukromí, rodiče mají zvýšenou tendenci své dítě kontrolovat, jestli si neubližuje, to ale zase touží po větší volnosti a důvěře (Plante, 2007). Právě nízká míra autonomie dospívajícího v rodině a malá emoční blízkost s ostatními členy bývají často podle Diamond s kolegy klíčovým problémem (Diamond et al., 2005). Další očekávatelné téma podle Plante je strach rodičů ze sebevraždy nebo závažného poranění svého potomka a jejich bezmocnost. K tomu zmíněná autorka dodává, že rodičům velmi pomáhá sdělení, že odpovědnost za zranění nese jen a jen dospívající a dospělí ho nemohou donutit, aby s tím přestal, můžou mu ale nabídnout podporu. Rodina se zvláště podněcuje k tomu, aby její členové doma komunikovali otevřeněji. Dospívající je ujišťován, že o svých špatných náladách doma mluvit může, stejně jako i o případných sebevražedných myšlenkách. Pokud se podaří navázat dobrou spolupráci, je domlouvána i jasná dohoda, že při sebevražedných myšlenkách či tendencích se dospívající někomu svěří a bude nutná okamžitá hospitalizace. Se sebepoškozováním úzce souvisí i téma viny, kdo jí nese za to, že se dospívající poškozuje. Podle Plante je zbytečné hledat viníka v člověku, ona za něj pokládá vývojové změny. Spíše klade důraz na to, aby se dospívající naučil odpovědnost za své činy nést sám a nesvaloval vinu na ostatní, v čemž by ho měla podporovat i rodina, ovšem ne cestou poučování typu „vidíš, já jsem ti to říkal“ (Plante, 2007). Pokud se v rodinné terapii podaří rodině něco ve svém systému změnit tak, že v něm bude docházet k méně konfliktům, už samotný tento fakt velmi pomůže dospívajícímu se sklony k sebepoškozování, protože mu ubude stresových situací a hádek s těmi, na kterých mu záleží.

Kombinaci individuální terapie ze sféry kognitivně-behaviorálních přístupů právě s rodinnou terapií jednoznačně doporučují a na kazuistice dokládají Stone a Sias. V rámci bezpečného prostředí rodinné terapie se konečně dospívající může rozhovořit o tom, co ho trápí a co mu vadí a celý rodinný systém se tak může posunout někam, kde jeho členům bude příjemněji (Stone, Sias, 2003). Za sebepoškozováním obvykle stojí i nějaké vztahové obtíže, nestačí proto pouze naučit tyto dospívající jiným copingovým strategiím a lepšímu

porozumění svým emocím, ale také zabývat se prostředím, kde dospívající žije<sup>26</sup>. Velkou škodou proto je, že velká část rodin tuto formu spolupráce stále odmítá.

### 7.2.3 Komplexní intervenční program S.A.F.E. Alternatives

Jedinečnou, komplexní a velmi krátkodobou formu léčby záměrného sebepoškozování nabízí program S.A.F.E. Alternatives<sup>27</sup>, který už od poloviny 80. let minulého století rozvíjí Karen Conterio a Wendy Lader. Zahrnuje jak individuální, tak i rodinnou a skupinovou terapii a ty jsou různými způsoby kombinovány podle konkrétního programu (S.A.F.E., 2007).

Kromě bezplatné linky důvěry DONT CUT (nebo-li „Neřezej se“) a svépomocných skupin S.A.F.E. Focus (nebo-li „Zaměření na bezpečí“) rozesetých po Spojených státech, jejichž členové se scházejí vždy po tři měsíce dvakrát týdně, v rámci S.A.F.E. fungují ještě tři další typy programů podle stavu a motivace dospívajícího a závažnosti jeho sebepoškozování. Někomu pomůže jen jeden program, obvykle ale postupně projdou alespoň dvěma. Program „Adolescent Expression“ (nebo-li Projevení se dospívajících“) je měsíčním stacionářem, kde se s dospívajícími mluví především o alternativách sebepoškozování. I když při vstupu do tohoto programu musí souhlasit s tím, že přestat opravdu chtějí, mnohdy tomu tak úplně není a pro ně se pak stává hlavním cílem utvořit si pevnější rozhodnutí přestat. Dospívající jsou zde především zplnomocňováni k převzetí vlastní odpovědnosti a obvykle pak jsou i nasměrováni do dalšího, náročnějšího programu. Tím je program „Intensive“ (tedy „Intenzivní“), který je taktéž měsíční, ale koná se celkem sedm dní v týdnu s tím, že v první polovině jsou dospívající plně hospitalizováni, v té druhé je hospitalizace už jen částečná. Tento program se plně zaměřuje na odstranění sebepoškozování včetně toho, co se skrývá za ním. Jako následná péče pak slouží šest setkání v týdenním intervalu v rámci programu „Choice“ (v překladu „Možnost“), jehož podmínkou však je další docházení do jiné individuální nebo rodinné terapie (S.A.F.E., 2007).

---

<sup>26</sup> Přísní zastánci kognitivně-behaviorálních směrů rodinnou terapii považují za velmi emočně vypjatou a pro sebepoškozující se dospívající příliš náročnou. Hollander proto upřednostňuje spíše občasné zapojení rodičů do individuálních konzultací s jejich dítětem nebo samostatnou skupinu pro tyto rodiče, kde by se primárně učili, jak sami efektivněji zvládat emočně vypjaté situace a jak lépe reflektovat své chování i emoce (Hollander, 2008). Nicméně tento přístup naprosto neřeší samotnou podstatu obtíží se sebepoškozováním – totiž vztahové problémy, které se za ním skrývají.

<sup>27</sup> Zkratka programu S.A.F.E. Alternatives v překladu znamená Alternativy bezpečí. Vychází trefně ze slovního spojení „Self Abuse Finally Ends“, nebo-li „Nadobro konec se sebepoškozováním“.

## II. ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A RODINNÝ SYSTÉM

Na osobnost člověka působí během jeho života nespočet vlivů, ať už se jedná o ty vnitřní - geneticky a biologicky dané, nebo o vlivy vnější – společnost a konkrétní události, se kterými je člověk konfrontován. Faktorům přispívajícím ke zvolení sebedestruktivní copingové strategie je věnována kapitola 5. Na tomto místě se blíže zaměříme na charakteristiku a působení konkrétně jednoho faktoru, a to rodiny.

V rodině tráví podstatnou část života většina lidí. Právě zde získávají ještě jako děti první zkušenosti s bezpečným prostředím nebo naopak s pocitem ohrožení, dostává se jim zde zpětná vazba na ně samotné i na jejich projevy, rodinní členové jim slouží jako vzory, podle kterých se učí, jak se chovat a jak ne, co je správné a oceňované a co nikoli. Den co den tady mohou sledovat a sami si zkoušet, jak vyjít s ostatními lidmi, jak s nimi komunikovat a jak řešit konflikty. Šulová blíže specifikuje působení rodiny na své členy, přičemž zmiňuje například vliv na motivačně volní charakteristiky, utváření důvěry v sebe sama a postoje k sobě i k ostatním, sociální chování, interiorizaci norem, identifikaci se svou genderovou rolí apod. Na závěr shrnuje, že *„je to právě rodinné prostředí, které – aniž bychom podceňovali biologické determinanty vývoje člověka – vtiskne specifické rysy každému jednotlivci“* (Šulová, 1998, s. 303-304).

V případě tendence k volbě copingové strategie záměrného sebezpoškození se zdá, že tomu není jinak. Jak se ukázalo v mnoha výzkumech uvedených v kapitole 9 završující tento blok II, mnoho takových „specifických rysů“ podmiňujících záměrné sebezpoškození u dospívajících, jako je například nízké sebevědomí a kritičtější hodnocení vlastního těla, tendence k potlačování vlastních emocí a obtíže s jejich rozeznáváním, nedostatečné osvojení adekvátních copingových strategií nebo třeba vyšší úzkostnost, může člověku „vtisknout“ nebo v něm alespoň posílit právě rodinné prostředí.



## 8 RODINA JAKO SYSTÉM

Pohlížen na rodinu jako na systém má mnoho výhod především proto, že tato perspektiva nabízí velmi komplexní a celistvý pohled<sup>28</sup>. Rodina už není jen skupinou jednotlivců, ale představuje celistvý organismus, který má svou vlastní strukturu i dynamiku. Tento pohled hezky dokresluje Minuchin s Fishmanem svou metaforou rodiny jako zvířecí kolonie, ve které si sice každý živočišný druh dělá, co chce, avšak dohromady všechna tato zvířata vytváří jedinečný celek, který je živočišnou formou sám o sobě (Minuchin, Fishman, 1999, s.12).

V takto propleteném systému už neplatí pouze klasická lineární kauzalita, podle které by jedna příčina měla svůj jeden následek. V rodině jakožto systému funguje kauzalita cirkulární, což znamená, že cokoli se v rodině odehraje, ovlivní zpětně všechny členy rodiny. Matčino vyděšení, když se poprvé dozví o tom, že se dcera poškozuje, povede například k přesunu její pozornosti k dceři, čímž odejme svou citlivost od ostatních dětí i od otce, kteří taktéž zareagují na nové zjištění a napjatou atmosféru. Tyto jejich reakce opět vyvolají další odezvu u všech členů rodiny. Popsané cirkularitě velmi dobře odpovídá definice Matouška, podle kterého je systém „*soubor jednotlivin ve vzájemné interakci*“ (Matoušek, 1993, s. 66). Systém závisí na charakteru svých částí, jejich organizaci i vzájemných vztazích, a je tak vždy něčím víc než jen pouhou sumou svých částí (Matoušek, 1993; Plaňava, 2000; Sobotková, 2001).

### 8.1 Struktura rodinného systému

Pro ujasnění si struktury rodinného systému je zásadní položit si nejprve otázku, „kdo“ vůbec rodina je, kdo jsou její členové. Podle definice Eshlemana je nukleární rodina nejužší podobou rodiny, skupinou o minimálně dvou členech, kteří jsou spřízněni krví, adopcí, manželstvím nebo partnerským vztahem<sup>29</sup> a jsou příslušníky jedné nebo po sobě následujících generací. Nukleární rodina, do které se člověk rodí, je označována jako orientační. Ta, kterou později člověk sám zakládá, je rodinou prokreační (Eshleman, 1988, s.100).

---

<sup>28</sup> Tento pohled má své kořeny již na počátku 20. století v teoriích vypracovaných biology, což se projevuje už v samotné terminologické základně (např. pojmy jako adaptabilita systému, homeostáze, atd.). Dále ho rozšířila teorie informací a kybernetika, až byl v polovině 50. let převeden i do humanitních věd (Schlippe, Schweitzer, 2001; Sobotková, 2001). Využívají jej především různé přístupy rodinné terapie, systémově lze však pojímat i jedince samotného.

<sup>29</sup> V původní definici Eshlemana partnerství uvedeno nebylo. Jeho doplnění jsem však považovala za důležité z důvodu, že soužití partnerských dvojic bez sňatku a jejich společná výchova dětí jsou tématem v současné době velmi aktuálním.

Ve skutečnosti ale odpověď na otázku po členech rodiny už tak jednoznačná není. A to nejen proto, že struktura se může od klasické představy rodiny jakožto rodičů a jejich dětí podstatně lišit (například přítomnost nevlastních sourozenců nebo nevlastního rodiče, výchova prarodiči, apod.), ale také z důvodu toho, že ne všichni subjektivně považují za svou rodinu právě rodinu nukleární tak, jak byla výše definována (například nevlastního otce dospívající nepřijme, místo něj za významnou figuru považuje dědečka).

Rodinný systém je tvořen svými vnitřními strukturami, subsystemy, které se vzájemně vymezují různě propustnými hranicemi. O rozvinutí tohoto tématu se zasloužil především vůdčí představitel strukturální rodinné terapie Salvador Minuchin (Minuchin, Fishman, 1999, s. 11-27).

### 8.1.1 Subsystemy, koalice a aliance

Rodinné subsystemy jsou v podstatě podsystémy v celostním systému rodiny. Jsou utvářeny různými spojenectvími mezi členy rodiny, které sdružuje příslušnost ke stejné generaci či pohlaví nebo obliba podobných zájmů (Plaňava, 2000).

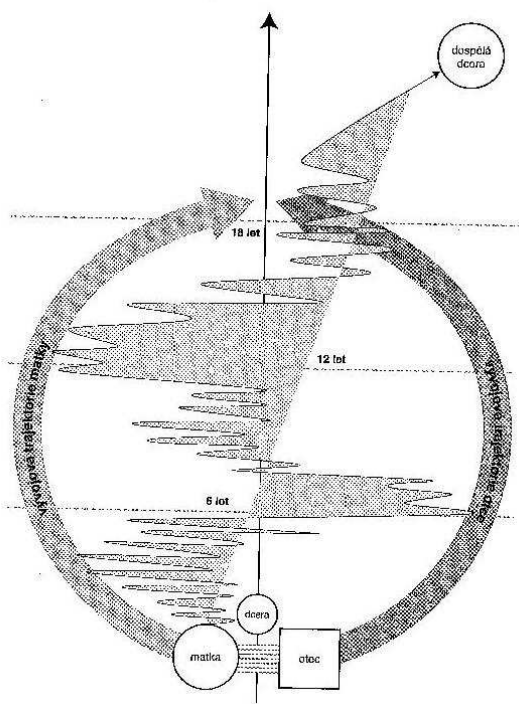
Sobotková považuje za nejdůležitější subsystemy tři: ten mezi manželi či partnery, mezi rodičem a dítětem a mezi sourozenci. Pro vývoj dítěte je podle ní klíčový především harmonický a jasně vymezený rodičovský subsystem (Sobotková, 2001).

Od rodičovského subsystemu odlišují Minuchin s Fishmanem subsystem manželský, který stojí na samotném počátku rodiny a přežívá i dál v době, kdy se tito manželé starají o své děti. Aby mohl tento subsystem spokojeně fungovat, musí si partneři ujasnit své hodnoty a očekávání, často přenesené z orientačních rodin, a vzájemně je sladit, stejně jako si i vymezit své hranice, které budou chránit jejich vlastní prostor a uspokojování jejich potřeb. Pro děti se pak tento subsystem stává vzorem intimního vztahu dvou lidí i modelem každodenních interakcí. Minuchin s Fishmanem dodávají, že „*v manželském subsystemu může dítě vidět způsoby vyjadřování emocí, vztahování se k partnerovi i vyrovnávání se s konflikty,*“ což si dále přenáší do svých vztahů ve světě mimo rodinu (Minuchin, Fishman, 1999, s. 17). Právě z těchto úvah vychází i předpoklady týkající se problematického ventilování, verbalizování či zvládání nepříjemných emocí rodiči záměrně se poškozujících dospívajících.

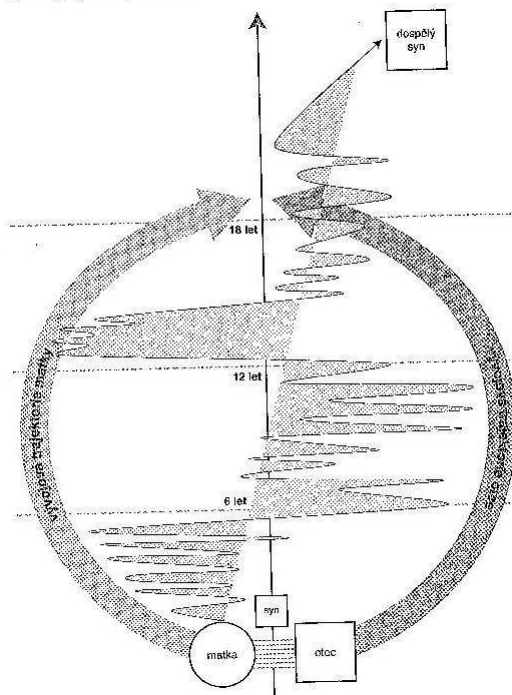
Subsystem mezi rodičem a dítětem se s postupem času vyvíjí. Velmi úzká vazba především mezi dítětem a hlavní pečující osobou, obvykle matkou, vzniká ještě před narozením, aby se po něm mohla - v ideálním případě - rozvinout v jistý láskyplný vztah, ve

kterém se dočasně až ztratí hranice a vznikne společná identita „my“. Vztah dítěte s matkou hraje už od prvních let života nepostradatelnou roli, ovšem ani role otce není opomenutelná. Každý v systému naplňuje jinou roli, aby v konečné fázi dítěti zajistili komplementaritu vlastností obou. Matka vyjadřuje laskavost a akceptaci, otec zase rád popichuje a podporuje v experimentování. Každý z nich zároveň pro dítě představuje vzor ženskosti či mužskosti. A to nejen v raném dětství, ale minimálně až do dosažení mladé dospělosti. Vývoj přibližování a oddalování dcer a synů od matek a otců během celého vývoje k dospělosti zajímavým způsobem popsali Trapková s Chválou, jehož grafické znázornění je zobrazeno na obr. č. 1 a dále popsáno v kapitole 8.2.3 (Trapková, Chvála, 2004).

Obr. 2 Vývojová trajektorie dcery



Obr. 3 Vývojová trajektorie syna



Převzato z: Trapková a Chvála, 2004, s. 124-125

Obr. č. 1: Vývojové trajektorie dcery a syna

Rodičovský subsystém a jeho interakce se subsystémem potomků je pro výchovu a socializaci dětí klíčový. Minuchin a Fishman popisují, jak se dítě na základě oceňování a podporování nebo naopak odrazování od určitého chování učí zaujímat svůj postoj k autoritě, zjišťovat, které jeho potřeby jsou adekvátní a jsou hodny uspokojování i jak si o ně říct. Autoři dále upozorňují, že nemusí být vždy pravda, že rodičovský subsystém tvoří matka a otec. Když svojí roli některý z rodičů dostatečně nenaplňuje nebo v systému zcela chybí,

často ho zastane některý z prarodičů nebo dětí. S vývojem dětí se nutně mění i subsystém rodičovský (Minuchin, Fishman, 1999, s. 18-19).

Minuchin a Fishman se věnují i skupině sourozenecké, která je významnou vrstevnickou skupinou, od které se děti učí fungování ve společnosti: vzájemně se učí různým dovednostem, podporují se, jsou nuceny naučit se prosazovat, vyjednávat, kooperovat i soutěžit (Minuchin, Fishman, 1999, s. 18-19).

Na základě sourozeneckých konstelací vzniklo i mnoho teorií, jak se pozice mezi sourozenci odráží na formování osobnosti člověka. Od nejstarších sourozenců obvykle rodiče nejvíc očekávají, proto také bývají nejodpovědnější, nejsvědomitější a „nejrozumnější“, protože jen tak najdou svou pozici v rodině, když se jim narodí mladší sourozenec. Narození mladšího sourozence pro ně znamená ztrátu jedinečného postavení, což je mnohdy zdrojem rivality, která někdy přežívá i po celý život. Čím větší věkový odstup, tím bývá mladší sourozenec přijímán tím starším lépe (při větším než pětiletém věkovém rozdílu mezi dětmi se to nejmladší už považuje jako nejstarší v nové generaci). Tendenci ke srovnávání se ale obvykle zastává i mladší člen vůči staršímu, který se ho snaží neustále dohnat. Nejmladší bývají nejrozvernější a společenší lidé. Prostřední děti zase bývají považovány za nejlepší prostředníky a kvůli své pozici „uprostřed“, kdy jsou stále na něco moc malí a na něco jiného už zase moc velcí, se dokáží i v budoucnu velmi dobře adaptovat na aktuální podmínky. Teorie sourozeneckých konstelací nelze však brát doslova. Nejenže konstelaci ovlivňuje kromě pořadí narození i pohlaví, věkový odstup, fyzické odlišnosti a podobně, na člověka působí i jiné sociální faktory než jen sourozenci a navíc každý člověk se již rodí s určitou osobnostní výbavou (Leman, 2000; Prekop, 2002).

Speciálními podobami subsystémů v rodině jsou i aliance a koalice. Schlippe a Schweitzer je popisují takto: Zatímco aliance je „*vztah, který je těsný, ale není namířen proti nikomu třetímu*“, koalice „*představuje (většinou tajné) spojení dvou proti třetímu a přesahuje hranice minimálně dvou generací*“ (Schlippe, Schweitzer, 2001, s. 96). V dobře fungující rodině je typická aliance mezi rodiči na jedné straně a mezi dětmi na straně druhé, čímž se vytvoří zdravá mezigenerační bariéra. Příkladem koalice je naopak příliš silný vztah rodiče s jedním dítětem, který je navíc zaměřen proti zbytku rodiny (Gjuričová, Kubička, 2003, s. 80).

Zvláštní označení má také subsystém, kdy je do sporu dvou lidí zatahován člověk třetí. Mluví se o triangulaci. Ta je obzvlášť nebezpečná, pokud je tímto způsobem zapojováno do rodičovského konfliktu dítě (Matoušek, 1993; Schlippe, Schweitzer, 2001).

### **8.1.2 Hranice systému**

Každý systém či subsystém se vůči svému okolí jistým způsobem vymezuje, k čemuž mu slouží hranice. V rodinném systému jsou hranice dvojí – vnitřní mezi subsystémy a vnější mezi systémem a prostředím. Co se týče subsystémů, hranice mezi nimi by měly být pevné, jasně vymezené, ale zároveň také flexibilní, aby je bylo možné v případě potřeby dočasně pozměnit. Nejasné nebo rigidní hranice naopak způsobují rodinné dysfunkce (Sobotková, 2001).

Každý člověk není pouze členem systému rodiny, ale je zapojen také do dalších systémů a subsystémů. Vůči nim se vymezuje prostřednictvím vnějších hranic, které jsou různě pružné. Na jedné straně kontinua stojí otevřená rodina, která je adaptabilnější, flexibilnější, lépe schopná komunikovat s okolím a zajistit si tak silnější podpůrnou síť. Pokud je ale otevřenost extrémní, obvykle se jedná o rodiny dezorganizované a rozpadlé. Na druhou stranu uzavřený systém sice nabízí svým členům větší pocit bezpečí, což ale zároveň znamená i větší rigiditu, neadekvátní reakce na změny, celkovou stagnaci členů a kvůli izolaci i nedostatečné zajištění podpory od jiných systémů (Sobotková, 2001).

Stejně jako vnitřní hranice se i ty vnější během vývojového cyklu rodiny mění. Například po narození dítěte jsou hranice propustnější a rodina vřele přijímá návštěvy, které se jdou podívat na nový přírůstek. Smrt některého člena rodiny naopak systém spíše stmelí a vůči okolí uzavře (Sobotková, 2001).

### **8.1.3 Hierarchie a moc v rodinném systému**

Rozložení moci v rodině určuje hierarchii systému. Sobotková zdůrazňuje, že ve funkčních rodinách by měly být mocenské struktury rozlišené, jasné a symetrické (Sobotková, 2001), k čemuž Plaňava dodává, že větší moc by měl mít ve svých rukou rodičovský subsystém (Plaňava, 2000). Příliš vysoká nebo naopak příliš nízká dominance v rodině přináší problémy. V prvním případě je důsledkem rigidní uspořádání, ve druhém zase nedostatečné uspořádání až rozpadlost (Sobotková, 2001).

Matoušek připomíná, že nositel největší moci v rodině nemusí vždy být zcela zjevný. Nejde totiž o to, kdo o dominanci nejvíc usiluje, ale čím řešení nakonec vítězí. Jako příklad uvádí matku, kterou před odjezdem k prarodičům pravidelně rozbolí hlava, a tak se nakonec nikam nejede (Matoušek, 1993). I sebepoškozování, které je v rodině odhaleno, může být způsobem, jak si určitou moc v tomto systému vydobýt.

#### 8.1.4 Genogram rodinného systému

K zaznamenání struktury rodinného systému slouží tzv. genogram. Jedná se o grafické znázornění rodinných, popřípadě i dalších významných vztahů, do kterého jsou zaznamenávány i další informace o systému (například věk členů, vzdělání, úmrtí v rodině, nemoci, rozvody, apod.). Umožňuje získat nadhled nad celým systémem nejen tomu, kdo se o rodinu zajímá „zvenčí“, ale i přímo členům rodiny. Prostřednictvím znázornění několika generací nabízí rodině nový pohled na příbuzenské vztahové propletence, které – ať už na bázi biologického či nebiologického přenosu - tvoří součást jejich identity a vnímání jejich rodinných kořenů (Gjuričová, Kubička, 2003; Schlippe, Schweitzer, 2001).

Nákresem genogramů se podrobněji zabývá Gjuričová (Gjuričová, Kubička, 2003, s. 109) i Schlippe a Schweitzer (2001, s. 94-97). Jejich návrhy pro znázornění více generací mají jistě význam, ovšem pro zaznamenání pouze těch osob, které člověk považuje za svoji rodinu (tedy ve většině případů nukleární rodiny případně s několika významnými osobami z jiných generací), jsem je mírně upravila. Mnou zvolený způsob nákresu je popsán v empirické části práce v kapitole 11.2.1.

Gjuričová se také věnuje významu a způsobu práce s genogramem. Přehledné grafické znázornění rodinného stromu může kromě mnoha jiných zajímavých charakteristik rodiny (například pořadí a věkový rozdíl mezi sourozenci, velmi nízký nebo vysoký věk matky při narození dítěte, pojetí rodiny lišící se od osob sdílejících jednu domácnost, opakování vztahových vzorců v rodině, atd.) odhalit i transgenerační přenos zdravotních symptomů. Somatizace nenaplněných emočních potřeb tak může sloužit po generace jako komunikační vzorec (Gjuričová, Kubička, 2003). Analogicky by bylo velmi zajímavé v rodinách záměrně se poškozujících dospívajících sledovat sebedestruktivní tendence, jako jsou sklony k závislostem, poruchám příjmu potravy, suicidalitě či k jiným formám autoagrese v širším slova smyslu, u předchozích generací. S takovým výzkumem jsem se však bohužel doposud nesetkala.

Genogram představuje na první pohled „pouze“ zachycení faktické struktury systému. Ve skutečnosti má však přesah až k dynamice a vývoji rodiny po generace, navíc bývá podnětným zdrojem pro vyprávění rodinných příběhů. Tím vytváří most mezi strukturou rodiny až k rodinné dynamice.

## **8.2 Dynamika rodinného systému**

Pohlížet na rodinu jako na neměnnou strukturu by bylo příliš zjednodušující, neboť rodina se neustále vyrovnává s měnícími se podmínkami a vyvíjí se. Proto Sobotková zdůrazňuje, že v modernějších koncepcích převládá chápání rodiny jako procesu (Sobotková, 2001).

### **8.2.1 Cirkularita**

Jádrem dynamiky v rodinném systému je již zmíněná cirkulární kauzalita, kdy chování jednoho člena ovlivňuje chování ostatních, kteří zase zpětně svou reakcí působí na všechny okolo sebe. Proto Trapková s Chválou výstižně píší o vztazích v rodině jako o vztazích zpětnovazebných (Trapková, Chvála, 2004). To je velmi dobře patrné na kasuistikách uvedených ve výzkumné části této práce, kde v mnoha rodinách nelze určit, co bylo první – jestli zhoršení vztahu s rodiči nebo výchovné či jiné problémy dospívajícího.

### **8.2.2 Homeostáze a tvorba symptomu**

Rodinný systém bývá pojímán jako autopoietický organismus, který má schopnost sám sebe utvářet (Ludewig, 1994; Schlippe, Schweitzer, 2001; Trapková, Chvála, 2004). Po celou dobu svého života kolísá mezi udržováním rovnováhy a vlastní změnou, růstem. Jeho přirozená tendence udržovat svou rovnováhu, homeostázu, je totiž narušována změnami podmínek, se kterými se musí vyrovnat a vytvořit si v nich svou novou rovnováhu. Prostřednictvím negativní zpětné vazby udržuje původní rovnovážný stav, což znamená, že se v rodině vztahy zklidňují a urovnávají. Naopak pozitivní zpětná vazba posiluje změnu, což se projeví například v transformaci vzorců rodinné komunikace (Sobotková, 2001).

Funkční systém je schopen přizpůsobit se novým podmínkám a období rozkolísanosti překonat. Pokud je ovšem homeostáze rodiny ohrožena příliš nebo si s novými okolnostmi není systém schopen poradit, negativní zpětná vazba může nabýt podoby symptomu u některého člena rodiny (Ludewig, 1994; Schlippe, Schweitzer, 2001). Trapková s Chválou popisují, že nositelem symptomu pak bývá obvykle nejslabší dítě (čímž zároveň získá moc a začnou být uspokojovány jeho potřeby) nebo také to, které má výrazné tendence přebírat odpovědnost za ostatní (Trapková, Chvála, 2004). Nepřiměřená míra odpovědnosti i obviňování se za všechno a všechny, to jsou vlastnosti, které popisuje Kriegelová právě u záměrně se poškozujících dospívajících (Kriegelová, 2008, s. 76).

K největším rozkolísáním systému obvykle dochází v obdobích, kdy se na určitém stupni vývoje zastaví a nedokáže se posunout dál jiným způsobem. Nejčastěji se jedná o fáze vývojových krizí, jako je například narození či smrt člena rodiny, počátek školní docházky nebo odchod do důchodu (Trapková, Chvála, 2004). Období dospívání a osamostatňování je pro dospívajícího i pro celou rodinu obdobím velkých změn, proto není divu, že se mnoho symptomů, včetně záměrného sebepoškozování, začne objevovat právě od zlomového bodu adolescence – od nástupu puberty.

V případě dospívajících mohou symptomy nabývat různých podob a v průběhu času se měnit. Podle Trapkové a Chvály nezáleží ani tolik na tom, jestli se jedná o nejruznější onemocnění, poruchy příjmu potravy, závislosti na psychotropních látkách nebo analogicky právě o záměrné sebepoškozování. Tvorba symptomů má oddálit nutný vývojový krok vedoucí ke změně a k nastolení rovnováhy nové - k separaci dospívajícího od rodičů. Pokud se tento krok „do neznáma“ nedaří, systém stagnuje a nedaří se mu pohnout z místa, tedy separace vážne, symptomy sílí. Když se ale naopak dá proces separace znovu do pohybu, symptomy ustoupí (Trapková, Chvála, 2004).

Jak se tedy ukazuje, symptomy mají v životě jedince i systému svůj smysl a nejinak to je i se záměrným sebepoškozováním. Hilt se svými kolegy prokázali, že po tom, co se rodiče ubližujících se dospívajících dozvěděli o zraněních svých potomků, zlepšily se jejich vzájemné vztahy (Hilt et al., 2004). Pozornost se totiž přesunula od rodinných hádek k aktuálnějšímu problému – k podpoře dospívajícího, u kterého se nějaký symptom projevil. Příjemné znovuzískání pozornosti rodičů po hospitalizaci mi sdělovalo také mnoho dospívajících, se kterými jsem měla možnost hovořit. Už ze zkušeností ze svých minulých pobytů ve zdravotnických či výchovných zařízeních však dopředu tušily, že tato stabilizace situace doma je jen dočasnou záležitostí.

### **8.2.3 Vývoj rodinného systému**

Rodinný systém prochází neustálým vývojem, do kterého zasahuje mnoho událostí. Celá řada z nich je neočekávatelná nebo velmi individuální, proto může být přirozený vývoj zbrzděn, urychlen, nebo jednotlivé fáze různě zpřeházeny či propojeny. Každý takový zásah do struktury i dynamiky systému je pro rodinu výzvou, obzvlášť pak ty výraznější, jako je například rozvod rodičů, přijetí nového partnera do rodiny (případně i s jeho dětmi) nebo smrt rodiče. S touto velkou zátěží se musí systém nějak vypořádat. Matějček k tomu sice optimisticky píše, že „*i rodinný systém narušený, zatížený nebo ohrožený nějakou krizí má*



*tendenci obnovit svou normální funkci, čili opravit se.*“ Ovšem hned v zápětí dodává, že někdy jsou cenou za opravu určité oběti a je nezbytné systému pomoci zvenčí (Matějček, 1994, s. 49).

Velkou část změn odehrávajících se v rodině však předvídat lze. Díky tomu bývá popisován rodinný životní cyklus, který zachycuje a zobecňuje vývojové tendence v rodinách. Narození prvního dítěte předchází fáze adaptační, během které se budoucí rodiče vzájemně sžívají, vyjednávají pravidla společného bydlení a upevňují své role v novém vztahu (Šulová, 1998). Následující tři fáze pak Matoušek člení jednoduše – na rodinu s předškolním dítětem, rodinu se školními a dospívajícími dětmi a na rodinu dětmi opuštěnou (Matoušek, 1993, s. 59-64).

Pro tuto práci je nejpodstatnější fáze, ve které se děti dostaly do období dospívání. Dospívání samo o sobě bývá plné vnitřních konfliktů a nejasností, které se přenáší i na půdu rodiny. Je to období změn i pro fungování celé rodiny, kde se neustále vyjednává o nových podmínkách „hry“ dětí, které už nejsou ani dětmi, ovšem ani dospělými. Trapková a Chvála přirovnávají celý průběh života dítěte v rodině k vývoji v sociální děloze a zvláště se zabývají právě obdobím dospívání. Rodina, která zajišťuje dítěti ochranu, je metaforickou sociální dělohou, harmonický vztah rodičů je sociální výživou a konečně peripetie spojené se separací od rodiny jsou sociálním porodem. Ten má stejně jako porod biologický tři trimestry – v prvním, tedy do 6 let dítěte, má patologie nejzávažnější důsledky, ve druhém, tedy do 12ti let, dochází ke zklidnění, a až ve třetím trimestru, přibližně od 12ti do 18ti let, nastává skutečná příprava na opuštění domova, sociální dělohy. V této době je už i dítěti děloha malá a napětí v ní sílí, dokud nedojde pro všechny strany k bolestivému, ale potřebnému porodu (Trapková, Chvála, 2004).

Trapková s Chválou také popsali zákonitosti pohybu „porodními cestami“, které se vlní mezi vztahovým přiblížením se k matce kolem 12ti let a oddálením se od ní a přiblížením se k otci kolem 16ti let (obr. č. 1). Po separaci od otce dospívající rodinu postupně opouští. Autoři popis vývoje uzavírají slovy: *„Předpokladem dospělosti je nasycení bezpečnou závislostí na osobách, které jsou mladému člověku k dispozici, věnují se mu a pak jej dokážou včas a s požehnáním pobídnout k odchodu“* (Trapková, Chvála, 2004, s. 147).

## 8.3 Základní charakteristiky rodinného systému

Kromě popisu struktury a dynamiky určují podle Sobotkové zásadním způsobem fungování systému jeho tři základní charakteristiky: komunikace, adaptabilita a koheze (Sobotková, 2001).

### 8.3.1 Komunikace

Vzájemná interakce a komunikace mezi členy rodiny je jak základní charakteristikou rodinného systému, tak ale také hlavním zdrojem rodinné dynamiky, o které bylo pojednáno v předchozí kapitole. Kdo, s kým, jak a o čem, to jsou klíčové otázky, které dále ovlivňují vztahy a atmosféru v celé rodině.

Z pohledu „kdo – s kým“ je pro děti podstatná nejen jejich vzájemná interakce se sourozenci a s rodiči, ale také komunikace mezi matkou a otcem. Forma sdělování a sdílení problémů i příjemných zážitků mezi nimi a způsoby řešení vzájemných rodičovských konfliktů slouží pro mladší generaci jako vzory toho, co je správné a normální. Proto je i odpověď na otázku „jak a o čem se doma komunikuje“ klíčová pro to, aby se dospívající v rodině naučili o problémech mluvit<sup>30</sup>. S tím samozřejmě souvisí také vybudovaný vztah s rodiči, pociťovaná důvěra a podpora, která je vyjadřována nejen faktickými sděleními, ale i neverbálními projevy.

Stabilita a řád jsou v rodinách udržovány předáváním rodinných příběhů a mýtů a dodržováním rodinných rituálů a norem. Ty principiálně slouží k usnadnění vzájemné komunikace, ovšem v dysfunkčních rodinách mohou problém naopak udržovat a chronifikovat (Matoušek, 1993). Rodinné příběhy i rituály jsou nicméně v každé rodině jedinečné a jedinečným způsobem tam i fungují. Pro utváření rodinné identity i kontinuity mají obrovský význam.

Každá rodina má také svůj jedinečný jazyk, kterým se vymezuje a odlišuje oproti systémům ostatním. V rámci rodiny se pak můžeme setkat s různými mody u otců a matek -

---

<sup>30</sup> Přenos obtíží ve zvládání konfliktů a ventilování nepříjemných emocí popsali autoři především v rodinách dospívajících dívek s poruchami příjmu potravy, tedy s jinou formou sebedestruktivního chování v širším slova smyslu. Casper a Zachary například upozornily na to, že obtíže ve zvládání konfliktů nemá jen dospívající s anorexií, bulimií nebo obezitou, ale celá rodina. Jeden z rodičů prosazuje atmosféru neustálé pohody a klidu natolik, že se jakékoli problémy přehlíží a ignorují, jen aby bylo vše „v pořádku“. Ostatní členové rodiny se k němu přidávají a jakýkoli konflikt vnímají velmi negativně, jako vlastní nebo rodinné selhání (Casper, Zachary, 1984). K podobnému závěru došli i Kog a Vandereycken, podle kterých jsou tyto rodiny méně otevřené diskuzi o neshodách mezi rodiči a dětmi (Kog, Vandereycken, 1989). Stejně jako v těchto rodinách se dá předpokládat, že ani v rodinách sebepoškozujících se dospívajících takto vytvořená iluze šťastné rodiny nepřipouští prostor pro rozpoznání a ventilování svých negativních emocí.

muži obvykle volí a v rodině zastávají spíše vyžadující modus, ženy naopak modus akceptující. Ty se v ideálním případě vzájemně doplňují a dítěti poskytují jak přijetí, tak „popíchnutí“ k vlastní činnosti a experimentům (Trapková, Chvála, 2004).

### **8.3.2 Adaptabilita a koheze**

Adaptabilita znamená podle Sobotkové „*rozsah flexibility a schopnosti měnit svou strukturu moci, role a pravidla vztahů v závislosti na vývojovém a situačním stresu*“ (Sobotková, 2001, s. 31). Adaptibilita tedy vyjadřuje, jak je rodina schopná přizpůsobovat se změnám, a to jak těm pramenícím z vývojových krizí rodinného cyklu, tak i těm mimo něj. O míře adekvátní adaptability ve funkčním systému se vedou spory, nicméně Sobotková se přiklání k názoru, že systém by měl být jak adaptabilní, tak ale také dostatečně hierarchicky uspořádaný a organizovaný, nepostrádající v životě rodiny jisté rutiny a pravidelnosti. Jen za dodržení obou podmínek může dosáhnout změny, aniž by propadl chaosu (Sobotková, 2001).

Třetí zmíněná charakteristika, koheze systému, vyjadřuje soudržnost rodiny, to, jak k sobě mají členové rodiny citově blízko a pociťují vzájemnou sounáležitost. Sobotková zároveň varuje před pseudovzájemností, kdy vztahy v rodině působí soudržně jen zdánlivě a skrývá se za nimi mnoho vnitřních konfliktů, někdy i rodinné tabu. Autorka dále upozorňuje, že ani extrémní koheze systému není zcela funkční a měla by být vždy vyvažována zdravou autonomií, tedy určitou nezávislostí jednotlivých členů (Sobotková, 2001).

## 8.4 Funkčnost rodinného systému

Rodinný systém neplní svou významnou úlohu jen pro společnost jako celek například tím, že představuje určitou záruku reprodukce lidstva (včetně základních hodnot a norem) nebo že dobrovolně a nezištně pečuje o slabší jedince ze svých řad. Svůj obrovský smysl má především pro své členy.

Ve fungující rodině jsou uspokojovány potřeby, a to nejen dětí, ale také rodičů. Matějček vyzdvihl pět základních psychických potřeb, mezi které zařadil potřebu náležitého přísunu podnětů zvenčí (podněty od rodičů podněcují vývoj dítěte a recipročně se i dětské chování stává samo o sobě podnětem pro rozvoj rodičů), potřebu „smysluplného světa“ (zatímco rodiče vysvětlují dítěti, jak svět funguje, a činí ho tak pro něj čitelným a předvídatelným, s dítětem rodiče cyklus a řád lidského života přímo zažívají), potřebu citové vazby - životní jistoty (harmonické citové vztahy v rodině dávají pocit jistoty a bezpečí jak dítěti, tak i rodičům včetně naděje do budoucna, že se o ně ve stáří potomci postarají), potřebu vlastní společenské hodnoty a uznání (v dítěti rodina podněcuje utváření vlastní identity a zdravého sebevědomí, v rodičích je upevňuje, navíc obě strany den co den zažívají pocit nepostradatelnosti pro druhé) a konečně potřebu otevřené budoucnosti (dítě má před sebou stále další a další vývojové úkoly, na které se rodiče mohou těšit nebo se jich obávat, každopádně obě generace vidí a cítí, že mají za čím jít a pro koho žít) (Matějček, 1994, s. 25-28; Matějček, Dytrych, 1994, s. 196-197). Z pohledu dítěte je fungující rodina tedy takovým prostředím, kde jsou zmíněné psychické potřeby dostatečně uspokojovány. Tak je podpořen zdravý vývoj osobnosti dítěte a následně i dospívajícího.

Mezi funkce rodiny bývá řazena funkce reprodukční, materiální, výchovná a s ní velmi úzce související funkce emocionální. Právě důležitost citového vztahu a laskavého rodinného prostředí vyzdvihovali Langmeier s Matějčkem (se svými dalšími kolegy jako například s Dunovským, Dytrychem, Schüllerem, atd.), když upozorňovali na rizika psychické deprivace (Langmeier, Matějček, 1963) a o něco později i její specifické podoby - psychické subdeprivace. Poukázali na to, že zdravý vývoj osobnosti nemusí limitovat pouze nedostatečné uspokojování potřeb v ústavních zařízeních, ale že k němu může docházet i tehdy, když je rodičovská figura během vývoje dítěte přítomna a toto dítě vyrůstá třeba i v úplné rodině. Svoji roli rozhodně adekvátně nezastupují rodiče zanedbávající, zneužívající či týrající dítě, rodiče závislí na psychotropních látkách či hádající se a zdlouhavě se rozvádějící nebo třeba „jen“ ti rodiče, kterým pro samou práci a vlastní zájmy na dítě nezbývá čas (Matějček, Dytrych, 1994). I když psychická deprivace ani subdeprivace nejsou

jednoznačným zdrojem určitých konkrétních, u všech takto vyrůstajících dětí jednotných obtíží, Matějčkovi s dalšími kolegy se podařilo longitudinálními výzkumy jednoznačně prokázat, že jejich nežádoucí vliv bývá dalekosáhlý<sup>31</sup>.

Význam emocionální funkce rodiny už od nejranějšího věku dítěte zdůrazňují také tvůrci a zastánci teorie attachmentu (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1966; 1979). I když Bowlby v souladu se svými psychoanalytickými kořeny upozorňoval na stěžejní význam attachmentu (vztahu mezi dítětem a pečující osobou) během prvních šesti let dítěte, uznával také nežádoucí vliv ztráty vztahu k blízké osobě během celého života. Vazbu dítěte s matkou (obdobně jako i následné vztahy) může podle něj narušit nejen situace, kdy je dítě nedobrovolně od rodiče na delší dobu odděleno (včetně hospitalizace nebo umístění v ústavních zařízeních) nebo je matkou přímo zavrženo, ale také když na něj a jeho potřeby rodič trvale nebo bezdůvodně nereaguje, využívá jako formu výchovy vyhrožování odnětím lásky nebo opuštěním, přenáší na dítě přílišnou odpovědnost nebo ho obviňuje za podíl na své nemoci či životních problémech. Bowlby spolu s dalšími kolegy dokazoval, jak tyto podmínky narušují přirozený vývoj osobnosti dítěte a jak posléze v dospívání a dospělosti vzniklá nedůvěra k ostatním i k sobě vrcholí v podobě různé patologie, jako je delikventní chování, dissociální porucha osobnosti, zvýšená úzkostnost, deprese či suicidalita. Naopak z dětí žijících v podpurných rodinných vztazích obvykle vyrůstají sebevědomí, iniciativní lidé, kteří si dokáží o pomoc říct i jí sami poskytnout a do jejichž pevné sociální sítě jsou i v dospělosti stále zahrnuti členové jejich orientační rodiny (Bowlby, 1966; 1979). Je tedy více než patrné, že aby dospívající mohl bezpečně hledat vlastní identitu, experimentovat a zkoušet hranice a možnosti, nesmírně mu pomáhá a ukotvuje ho vědomí, když je svou rodinou přijímán, podporován a má její důvěru, kterou následně ani on sám nechce zklamat.

---

<sup>31</sup> Matějček se spolu s dalšími spolupracovníky zabýval dětmi vyrůstajícími v problematických podmínkách (děti se narodily z nechtěného těhotenství, mimo manželství, nebo v rodině, kde byl otec závislý na alkoholu). V longitudinálních výzkumech se ukázalo, že když tyto děti dosáhly školního věku, měly jejich rodiny významně častěji tendenci zanedbávat jejich zdravotní stav a děti samy byly méně fyzicky odolné. I při stejné inteligenci měly ve škole horší prospěch, horší postavení v dětském kolektivu a hůře je kromě spolužáků hodnotili také rodiče, učitelé a lékaři v charakterových a sociálních vlastnostech. Projevila se také nižší empatie alespoň jednoho rodiče (Matějček, Dytrych, 1994).

Až do dospělosti byla sledována pouze skupina nechtěných dětí, u které negativní důsledky v porovnání s kontrolní skupinou ještě víc posílily – projevilo se výrazně častěji delikventní chování, zneužívání alkoholu a drog. V rodině i okolí převažovaly více problematické a neuspokojivé vztahy, tyto dospělí se cítili častěji zklamáni v zaměstnání i v manželství a co se týče těchto dospělých osobně, i oni sami sebe hodnotili a vážili si sebe méně a byli méně emočně stabilní (Matějček, Dytrych, 1994).

#### 8.4.1 Funkční versus dysfunkční rodiny

O funkční rodině se někdy mluví také jako o rodině normální, harmonické, neklinické, či zdravé. Jak již tyto přívlastky napovídají, jedná se o rodiny optimální pro příznivý vývoj člověka, o rodiny, ve kterých je minimum poruch (Matoušek, 1993).

Snad ani nelze vytvořit přesný návod, jak by měla rodina vypadat, aby byla „*zcela funkční*“, „*ideální*“. Již samotná touha po tom být ideální rodinou by vnesla do systému značný perfekcionismus, a ten by mohl s nastaveným spokojeným soužitím pěkně zatočit. Je třeba respektovat to, že každá rodina je tvořena členy s individuálními charakteristikami, kteří dohromady vytváří zcela jedinečný a hlavně neustále se vyvíjející systém. Co je v jedné rodině nefunkční, může v jiné rodině velmi dobře fungovat a naopak.

Funkční rodinu nicméně lze charakterizovat určitými tendencemi, které byly v těchto spokojených rodinách opakovaně popsány. A i naopak v případě rodin, které se jeví pro vývoj dětí minimálně jako problematické, lze identifikovat určité podobnosti. Nelze už ovšem mnohdy říct, co bylo první – zda individuální dysfunkce nebo dysfunkce systému. Ten funguje zpětnovazebně, takže stejně jako například ubližující si dospívající ovlivní celou rodinu, tak i dysfunkční rodina ovlivní jedince a třeba ho i posílí v tom, aby v sebestrukci pokračoval.

V souladu s bio-psycho-sociálním pojetím organismu i systému Šulová popisuje, že tato dysfunkčnost může být podmíněna biologicky (například geneticky daná snížená odolnost vůči zátěži, psychofyzilogické poruchy), osobnostně (například rodina pro některého člena není významnou životní hodnotou nebo není schopen oddálit uspokojení své potřeby) nebo sociálně (například vliv rodičovské dyády a sourozenecké konstelace nebo aktuálních stresových událostí) (Šulová, 1998).

Mnohé z rodinných trendů, které obvykle slouží ku prospěchu či neprospěchu vyrůstajících dětí a dospívajících, byly zmíněny v této kapitole. Následující tabulka nabízí jejich přehled podle jednotlivých aspektů fungování rodinného systému založený na poznatcích shrnutých Plaňavou a dále doplněné o informace od dalších autorů. Pro přehlednost jsou jednotlivé charakteristiky zobecněny do dvou opačných pólů. Ve skutečnosti mají tyto protipóly spíše ilustrovat tendence, které jsou obvykle v rodinách funkční nebo naopak.

KOMPONENTY A PROCESY	FUNKČNÍ RODINY	DYSFUNKČNÍ RODINY
<b><u>I. STRUKTURA</u></b>  <b>1. Rozdělení moci a odpovědnosti</b>  <b>2. Aliance a koalice</b>  <b>3. Hranice uvnitř rodiny (generační)</b>  <b>4. Hranice navenek</b>  <b>5. Role členů rodiny</b>	jasná, přehledná, flexibilní  osou je kooperativní aliance mezi rodiči, kteří mají rozlišené kompetence (flexibilní v čase); jasná hierarchie odpovědnosti  jasné, zřetelné  nepřevažuje přílišná otevřenost ani uzavřenost  přehledné a respektované, v souladu s očekáváními	jasná, přehledná a rigidní; nebo difúzní až chaotická  osou je koalice mezi jedním rodičem a dítětem; stálý nebo převažující boj o moc; neurčité rozdělení odpovědnosti (tendence k vyhýbání, na sebe ji strhává ten, kdo ji neunes)  nejasné až chaotické nebo se prolínají  jedna z tendencí převažuje  nejasné, v rozporu s očekáváními, nekompatibilní, rozporné
<b><u>II. DYNAMIKA</u></b>  <b>6. Krize tranzitorní</b>  <b>7. Krize netranzitorní</b>	struktura je schopná změny v souladu s vývojovými úkoly rodiny i jednotlivých členů  konstruktivně a včas zvládané  základní funkce rodiny plněny	struktura rodiny je rigidní  změny nenastávají nebo jsou opožděné  základní funkce rodiny neplněny
<b><u>III. HODNOTOVÉ ORIENTACE, POSTOJE</u></b>  <b>8. Preference, zaměřenost rodiny (v dané etapě)</b>  <b>9. Postoje k transcendentálním hodnotám</b>  <b>10. soužití v rodině a manželství jako hodnota</b>	shodné i rozdílné, ale především vzájemně slučitelné a schopné transformací během vývoje rodiny  kompatibilní  významná hodnota	shodné i rozdílné, ale především neslučitelné, rigidní  neslučitelné  minimální až žádný význam
<b><u>IV. INTIMITA (blízkost, zájem, podpora, koheze,...)</u></b>  <b>11. Sounáležitost, vzájemná závislost a blízkost</b>	přítomná a vyvažovaná s osobní autonomií; kooperace a vnímání potřeb ostatních členů  vědomí sounáležitosti (i v krizích), tendence „být spolu“; vzájemná nedůvěra; dotekové kontakty, převažuje pozitivní emoční vyladění a bilancování	přehnaná na úkor osobní autonomie nebo naopak její absence; necítí nutnost kooperace, nezáměr o uspokojování potřeb ostatních  absence sounáležitosti (popř. je blízkost pouze proklamovaná navenek), vyhýbání se kontaktům a společným činnostem; vzájemná důvěra; doteková averze, převažují výrazně negativní emoce a negativní bilancování
<b><u>V. OSOBNÍ AUTONOMIE</u></b>	autonomie respektovaná a posilovaná, vyvažovaná s intimitou, akceptace individuálních rozdílů	autonomie potlačovaná nebo naopak zdůrazňovaná – na úkor intimity, rozdíly mezi členy rodiny neakceptovány

<b><u>VI.KOMUNIKACE</u></b>	posiluje a utváří vše funkční v I-V  jasné, přímé, adresované promluvy; otevřenost novým myšlenkám a řešením problémů; dialogy; každý mluví sám za sebe, živá komunikace; v komunikaci dávání najevo převážně potěšení; vyhýbání se negativnímu nálepkování	zeslabuje až destruuje I až V  mnoho protimluvů, nedorozumění, neurčitostí; stereotypie, udržování pověr; promluvy ve formě monologů: promluva-ticho-promluva-ticho; nízká aktivita komunikace nebo jeden mluví za všechny a ti nepřesvědčivě přitakávají, někdy proti autoritě agresivně vystoupí; v komunikaci časté ironizování a přímé napadání, nezájem nebo cynické zlehčování signálů nepohody; negativní nálepkování
-----------------------------	---	--

*Převzato z: Plaňava, 2000, s. 79-81; doplněno z: Matoušek, 1993, s. 118-121; Sobotková, 2001, s. 33; Šulová, 1998, s. 310*

Tab. č.6: Šest komponent a procesů soužití ve funkčních a dysfunkčních rodinách



## **9 RODINNÉ RIZIKOVÉ FAKTORY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

Jak vyplývá z předchozích kapitol, rodina je jedním (i když ne jediným) z faktorů, které mají na vývoj osobnosti člověka značný vliv. Co se týče konkrétně volby copingové strategie záměrného sebepoškození, Klonsky a Glenn shrnuli výzkumy, které prokázaly jak rizikové, tak ale také protektivní faktory na straně rodin. I když nepochybují o tom, že k sebepoškození se může uchýlit i dospívající vyrůstající v harmonické rodině, ukazuje se, že rodinná koheze a vzájemná podpora tendence k tomuto sebedestruktivnímu způsobu řešení obtíží výrazně snižují, čímž se stávají významnými protektivními faktory (Klonsky, Glenn, 2009, s. 52). Rizikové faktory, které byly doposud zkoumány, shrnují kapitoly následující.

### **9.1 Socioekonomické postavení rodiny**

Ze sledování ukazatelů socio-ekonomického postavení rodin vyplynulo, že strategii záměrného sebepoškození (Nixon, Loutier, Jansson, 2008) a sebedestruktivního chování v širším slova smyslu (Ayton, Rasool, Cottrell, 2003) volí spíše dospívající z rodin níže situovaných. Ne ve všech výzkumech se však tento závěr potvrdil (D'Onofrio, 2007a), a proto by bylo vhodné věnovat základním sociologickým a demografickým charakteristikám rodin i v budoucnu více pozornosti.

### **9.2 Traumatizující událost v rodině**

Každá traumatizující událost působí na člověka zátěž, kterou musí následně více či méně adekvátním způsobem zvládnout. Jakýkoli stresový podnět tak přikládá na pomyslnou miskou vah nároků na jedince, kterou když nedokáže vyvážit druhou miskou s copingovými schopnostmi a dovednostmi, se sociální podporou apod., může ho taková událost pohltnout a podnítit k volbě strategie záměrného sebepoškození.

Trauma bývá chápáno jako jednorázová zátěžová událost (vážné ohrožení vlastního života, přírodní katastrofa, znásilnění nebo mučení,...). Rodinná traumata však bývají skrytější a obvykle se odehrávají po celé roky, nebo se minimálně jejich důsledky do chodu rodiny dlouhodobě otiskují. D'Onofrio proto základní význam traumatu doplňuje o pojem „komplexní trauma“, které je podle něj pro životy sebepoškozujících se dospívajících zcela

charakteristické. „Komplexním traumatem“ může být jak zneužívání, týrání či zanedbávání, tak ale také třeba prostředí patologických rodinných vztahů, nedostatečné vyjadřování pozornosti, lásky a podpory v dětství či invalidace dítěte diskutované v následujících kapitolách. To vše vede člověka ke znejistění, kým je, co prožívá a co opravdu sám za sebe chce (D'Onofrio, 2007a).

Jako obzvlášť riziková zátěžová událost, která má v rodině ještě dlouhý dozvuk, se pro volbu sebedestruktivního chování jeví spáchání sebevraždy blízkou osobou, především pokud se takto rozhodne ukončit svůj život člen rodiny (Portzky, De Wilde, Van Heeringen, 2008).

Ostatní traumata takto jednorázovou akcí bývají jen výjimečně. Sebepoškozující se dívky a chlapci bývají v porovnání s ostatními dospívajícími častěji v dětství sexuálně zneužití (Briere, Gil, 1998; Gratz, Conrad, Roemer, 2002; Marchetto, 2006), fyzicky týráni (Warm, Murray, Fox, 2002), nebo se stávají svědky domácího násilí u svých rodičů (Ulbertová, 2008b)<sup>32</sup>. Tyto události mohou značně zasáhnout do přirozeného vývoje zdravého sebepojetí i adaptivních copingových strategií, sebepoškozování může být v těchto případech taktéž součástí posttraumatické stresové poruchy.

### **9.3 Emocionální klima v rodině a otevřené sdělování vlastních pocitů**

Jako klíčový rodinný rizikový faktor záměrného sebepoškozování se zdá být emocionální klima těchto rodin. To bývá méně harmonické a rodiny jako celek méně soudržné (Crowell et al., 2008). Dospívající popisují postoj svých rodičů k nim jako méně laskavý (Diamond et al., 2005; Gratz, Conrad, Roemer, 2002; Marchetto, 2006) a i sami dospívající ke svým rodičům pociťují méně pozitivních emocí (Bjärehed, Lundh, 2008). A je to celkem pochopitelné – když se dítě v rodině cítí být nedůležité a má pocit, že je kritizováno, ať se zachová jakkoli, nemá důvod hledat už ani kvůli ostatním jiný než rizikový způsob řešení svých problémů, tedy ani alternativy za sebepoškozování. Stigma, že je stejně „tím špatným“ ho rozhodně nepodpoří v tom, aby se snažilo hledat zdravější cesty (McVey-Noble, Khemlani-Patel, Neziroglu, 2006).

Podle teorie attachmentu bývají kořeny zdravého vývoje osobnosti nacházeny už v rané vazbě dítěte s pečující osobou (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1966; 1979). Kimball a Diddams použili ke zjišťování attachmentu u dospělých dotazník Attachment Style Questionnaire od trojice Feeney, Noller a Hanrahan, který vychází z předpokladu, že se typ

---

<sup>32</sup> Ne ve všech výzkumech se tyto závěry potvrdily jako signifikantní (Klonsky, Glenn, 2009, s. 47-48). Týrání a zneužívání jsou však tak citlivá témata, že je respondenti nemusí být ve všech výzkumech ochotni přiznávat.

rané vazby přenáší i do pozdějších vztahů. Podle něj lidé, kteří v dětství prožili jistou vazbu, projevují i v budoucích vztazích důvěru, ti, co úzkostnou, mají naopak v budoucnu ke vztahům celou řadu předsudků a blízké vztahy jsou pro ně velmi nepříjemné. Nejistý attachment v dospělosti významně koreloval s maladaptivními způsoby regulace emocí, zvláště pak se sebepoškozováním, čímž ho lze považovat za další rizikový faktor tohoto sebedestruktivního chování (Kimball, Diddams, 2007).

V rodinách sebepoškozujících se dospívajících se dají očekávat taktéž specifika vzájemné komunikace o emocích už proto, že dospívající, kteří si ubližují, mívají problém s jejich vyjadřováním. Emoce ale bývají potlačovány i ostatními členy rodiny, jejich projevy bývají v rodinách kritizovány a odmítány (Ulbertová, 2008b). V rozsáhlém výzkumu adolescentů projevujících sebedestruktivní chování v širším slova smyslu se neschopnost mluvit o věcech, které je trápily, vztahovala především k jejich nesdělování matce (Portzky, De Wilde, Van Heeringen, 2008).

Platznerová používá pro popis mechanismů v těchto rodinách širší charakteristiku, tzv. invalidaci, tedy „*zpochybnění správnosti, odůvodněnosti, právoplatnosti vlastních pocitů a interpretací situací*“ (Platznerová, 2009, s. 40). Ke zpochybňování vlastních prožitků může přispět zneužívání a týrání v dětství, výše zmíněné charakteristiky emocionálního klimatu v rodině i následně popsané způsoby výchovy. Platznerová dodává příklady neúmyslné invalidace, jako například věty typu: „*Vím, že říkáš ano, a myslíš přitom ne.*“ „*Ale ano, udělal/a jsi to, nelži.*“ „*Jsi přecitlivělý/á.*“ „*Jen se málo snažíš.*“ Podobná sdělení slýchává během dospívání skoro každý, ovšem v invalidujícím prostředí zaznívají mnohem častěji (Platznerová, 2009, s. 41).

## 9.4 Výchovné působení

Alespoň ze subjektivního pohledu poškozujících se dospívajících se zdá, že jsou k nim jejich rodiče kritičtější, než jak to vnímají ostatní dívky a chlapci u svých rodičů (Yates, Tracy, Luthar, 2008). Autorům výzkumu se z velké části podařilo ověřit, že děti, které jsou v rodině neustále kritizovány, se od svých rodičů snáze odcizí a následně mají problém s vytvářením důvěrného vztahu i k jiným lidem. A tak jsou ve chvílích obtíží odkázány jen samy na sebe. Kritická výchova taktéž může podkopávat sebevědomí, vnímání vlastní hodnoty i oprávněnosti vlastních pocitů, ovlivňuje tedy i další osobnostní rizikové faktory záměrného sebepoškozování.

Jako dominantní výchovný styl se v rodinách sebepoškozujících se dospívajících uplatňuje podle výsledků dotazníku Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling, Brown, 2002) nelaskavá kontrola. Co se týče péče, místo vyjadřování emoční podpory, porozumění a blízkosti se především matky ke svému dítěti v době dospívání chovají spíše chladně a odmítavě (Diamond et al., 2005; Marchetto, 2006). Nepřijetí pečující osobou může následně v dospívajícím posilovat i nepřijetí a neporozumění vlastním emocím, stejně jako i pocity vlastní nedůležitosti a bezcennosti. Tak by mohlo docházet k vytváření předpokladů k sebedestruktivním tendencím.

Ve druhé sledované dimenzi „kontrola – nezávislost“ vystihuje kontrola overprotektivní výchovný styl, který zabraňuje rozvoji autonomního chování člověka. Ve srovnání s Čáповým a Boschkovým Dotazníkem pro zjišťování způsobů výchovy v rodině a jeho chápáním komponenty řízení se mírně liší (Čáp, Boschek, 1994). Parkerovi, Tupling a Brownovi totiž nejde o vystižení poměru mezi požadavky a volnostmi ze strany rodičů, ale jejich dotazník spíše zjišťuje, do jaké míry se dospívající do 16ti let mohli rozhodovat sami nezávisle na matce a otci nebo naopak do jaké míry za ně rozhodování činili rodiče<sup>33</sup>. Marchetto prokázal ve výchově sebepoškozujících se dospívajících přílišný dohled a zasahování oběma rodiči (Marchetto, 2006), Diamond s kolegy pouze matkou (Diamond et al., 2005). Právě přílišné ochraňování brání kromě již zmiňovaného rozvoje autonomie dospívajícího také dosažení pocitu vlastní kontroly nad situací i adekvátnímu komunikování negativních emocí. Tím může přispívat k rozvoji osobnostních rizikových faktorů sebepoškozování (Marchetto, 2006). Diamond s kolegy na základě těchto výsledků upozorňují, že by sebepoškozování mohlo sloužit k vyjádření snahy o získání větší péče a současně i autonomie v rodině (Diamond et al., 2005).

Aspekt kontroly se dostává do popředí také při aplikaci teorie anomie<sup>34</sup> na rodinu. V tomto případě už ale není míněna ve smyslu overprotektivity, ale jako mocenská kontrola, s jakou je dohlíženo na dodržování daných pravidel. Stav anomie, kdy v rodinách platí minimum pravidel a ta navíc ani nejsou důsledně kontrolována, vyvolává v dětech a dospívajících intrapsychické konflikty a zmatení, jak adekvátně řešit stresové situace. V takových rodinách si neosvojí strategie zvládání, a tak mají v zátěžových situacích tendenci místo pocitů kontroly propadat bezmoci. Wenz ověřil anomické vzorce v rodinách, kde se

---

<sup>33</sup> Overprotektivita není tedy v tomto smyslu chápána jako ochraňování dítěte v tom, aby si mohlo dělat, co chce, ale spíše jeho udržování až v dětské závislosti na rodiči. Toto pojetí overprotektivity nejlépe demonstrují výroky z dotazníku typu „*Nechtěl/a mě nechat dospět*“ a „*Měl/a sklony se o mě starat jako o dítě*“, nebo při opačném skórování „*Nechala mě oblékat, jak jsem chtěl*“. Osoby dotazník vyplňují, jak to u nich doma bylo, když jim bylo 16 let a méně, zvláště pro matku a zvláště pro otce (Parker, Brown, 2002).

<sup>34</sup> Podle Durkheima je anomie stav společnosti, kdy přestávají platit závazné normy jednání.

dospívající pokusili o sebevraždu, dají se proto očekávat i v rodinách sebepoškozujících se dívek a chlapců (Wenz, 1979).

## **9.5 Srovnání rodinných rizikových faktorů u žen a mužů**

Předpoklad odlišnosti rizikových faktorů mezi ženami a muži prokázaly Gratz, Conrad a Roemer. Jako nejsilnější rodinný prediktor vyhodnotily u mužské skupiny sebepoškozujících se separaci minimálně na devět měsíců v dětství, a to především od otců (Gratz, Conrad, Roemer, 2002). V pozdějším výzkumu Gratz se zase ukázalo, že sebepoškozující se muži byli v dětství významně více a závažněji fyzicky trestáni (Gratz, Chapman, 2007). U žen mezi rizikovými faktory naopak dominovala nejistá vazba s otcem, sexuální zneužití v dětství a emoční zavrhování ze strany matky (Gratz, Conrad, Roemer, 2002). I když byl tento vzorek poměrně malý, podařilo se výzkumníkům upozornit na fakt, že se rizikové faktory v rodinách dívek a chlapců mohou lišit a měla by být proto i do budoucna věnována větší pozornost těmto rozdílům.

## 9.6 Shrnutí charakteristik rodin záměrně se poškozujících dospívajících

V zahraničí doposud proběhla celá řada výzkumů, které se věnovaly rizikovým faktorům záměrného sebepoškozování. Kromě sledování osobnostních a biologicky daných predispozic se některé zaměřily i na faktory rodinné. Jako nejpodstatnější se přitom jevil problematický emoční vztah mezi rodičem a dospívajícím, nízká rodinná soudržnost, potlačování emocí i ostatními členy rodiny a zpochybňování pocíťovaných emocí dospívajícího rodiči. Jako výchovný styl převažovala nelaskavá kontrola, sebepoškozující se dospívající se často cítili být nadměrně kritizováni. Častěji také ve své rodině prožili traumatizující události, jako je sexuální zneužití nebo fyzické týrání. Socioekonomické postavení těchto rodin se jevílo jako nižší.

Pro dokreslení zmíněných závěrů je nezbytné dodat, že velká část z nich vychází ze subjektivních výpovědí dospívajících, nikoli jejich rodičů. Mohlo by se proto zdát, že zjištěné výsledky nemusí být tak alarmující, protože by se dalo očekávat, že dospívající respondenti budou mít větší tendenci poukazovat na nežádoucí vlastnosti svých rodičů a že v tomto období rodinných konfliktů přirozeně přibývá. V této souvislosti však Macek upozorňuje na to, že dospívání nemusí být vždy jen obdobím bouře a že naopak *„současní adolescenti častěji vypovídají, že si se svými rodiči rozumí, než že se s nimi dostávají do konfliktů“*. Dodává, že *„dospívající, kteří zmiňují konflikty a spory s rodiči, je často měli už v dětství“* (Macek, 1999, s. 19). Zdá se tedy být opravdu na místě myšlenka autorů Wolfe, Jaffe a Crooks, že nejlepší prevencí rizikového chování v dospívání vůbec jsou zdravé rodinné vztahy (Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006).

Zkoumáním rizikových rodinných faktorů se v naprosté většině případů zabývaly kvantitativní výzkumy, které ověřovaly výsledky výzkumů předchozích nebo vlastní hypotézy zakotvené v různých teoriích (například attachmentu, dysfunkčních rodin obecně, apod.). Ovšem se studií, která by k rodinám těchto dospívajících přistupovala kvalitativně a komplexně se zabývala jejich charakteristikami, jsem se doposud nesetkala. Proto se následující část práce o krok vrací před zmíněné kvantitativní výzkumy a ptá se, jaké jsou charakteristiky těchto rodin ve vybraných oblastech fungování. Protože chování člověka je ovlivněno jeho vnímáním a prožíváním, odpovědi na tyto otázky jsou hledány u samotných dospívajících, kteří jsou v situaci, kdy je pro ně nejschůdnější variantou jejího zvládnutí záměrné sebepoškozování.

### III. EMPIRICKÁ ČÁST

#### 10 VÝZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY A HYPOTÉZY

Záměrné sebepoškozování je způsob zvládání zátěže, na který se obvykle pohlíží pouze v kontextu daného jedince. Cílem tohoto výzkumu je naopak podívat se na něj v kontextu širším, v kontextu rodinného systému, a na roli tohoto systému poukázat - a to jak popsáním individuálních charakteristik každého jedince a jeho rodiny zvlášť, tak i upozorněním na podobnosti mezi všemi sledovanými rodinami dohromady.

Rodina se během celého života dospívajících podílí na formování jejich osobnostních charakteristik a i v období adolescence tvoří pro tyto mladé lidi rámec jejich fungování. Může být zdrojem opory nebo naopak zátěže. Zabývat se rodinným kontextem sebepoškozování má tedy význam nejen proto, že tak lze spatřit hlubší souvislosti tohoto sebedestruktivního chování, ale potenciálně je z něj možné vyvodit další výzkumné otázky či hypotézy o rizikových faktorech sebepoškozování nebo úvahy o možnostech intervencí, které se týkají celé rodiny, především rodinné terapie.

Výzkumů týkajících se záměrného sebepoškozování českých dospívajících proběhlo jen několik, obvykle v rámci diplomových prací. V zahraničí je výzkumná činnost v této oblasti sice rozsáhlejší, ovšem přímo rodinným charakteristikám se věnovalo jen několik málo studií. Navíc byly založeny na kvantitativní výzkumné strategii a jejich hypotézy neměly základ v hlubším kvalitativním průzkumu. Proto se tento výzkum zabývá převážně kvalitativními charakteristikami rodin, které slouží jak pro plastické zachycení individuálních případů v jedinečném kontextu jejich rodin, tak i pro nastínění charakteristik celého sledovaného vzorku, které mohou sloužit jako relevantní podnět pro jejich budoucí kvantitativní ověření na vzorku větším. Teprve pak bude možné některé zde zjištěné tendence zobecňovat na širší populaci než je zkoumaný vzorek.

Výzkumná otázka zní: **Jaké jsou charakteristiky rodin, ve kterých se děti začínou v období dospívání záměrně sebepoškozovat?** Na tuto otázku je hledána odpověď jak u jednotlivých osob zvlášť, tak i dohromady. Vybrané charakteristiky byly sledovány v těchto oblastech:

- **Socioekonomické postavení rodiny**
- **Struktura rodinného systému**
- **Emoční vazby v rodinném systému**

- **Výchova v rodinném systému**
- **Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému**
- **Oceňované aspekty rodinného systému dospívajícím**
- **Subjektivně vnímané zátěžové události během vývoje rodinného systému**

Některé sledované oblasti rodinných charakteristik lze zkoumat i psychologickými testy. Ověřování stanovených hypotéz srovnáváním s normami testů má význam orientační pro dokreslení charakteristik sledovaného vzorku, ani zde není cílem závěry zobecňovat.

V rámci zjištěných hodnot dimenzí Škály rodinného prostředí (Kollárik, Hargašová, 1986) byly stanoveny tyto hypotézy:

**Charakteristiky rodin záměrně se poškozujících dospívajících se významně liší od normálního rozložení těchto charakteristik v populaci (podle testových norem). Sledované charakteristiky odpovídají těmto dimenzím:**

- **Soudržnost (H1)**
- **Expresivita (H2)**
- **Konfliktnost (H3)**
- **Nezávislost (H4)**
- **Orientace na úspěch (H5)**
- **Intelektuálně-kulturní orientace (H6)**
- **Aktivně-rekreační orientace (H7)**
- **Organizace (H8)**
- **Kontrola (H9).**

V rámci zjištěných hodnot jednotlivých komponent způsobu výchovy v rodině podle Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp, Boschek, 1994) pak byly stanoveny další hypotézy:

**Charakteristiky způsobu výchovy v rodinách záměrně se poškozujících dospívajících se významně liší od normálního rozložení těchto charakteristik v populaci (podle testových norem). Sledované charakteristiky odpovídají těmto komponentám:**

- **Emoční vztah otce kladný (H10)**
- **Emoční vztah otce záporný (H11)**
- **Způsob řízení otce – požadavky (H12)**
- **Způsob řízení otce – volnost (H13)**
- **Emoční vztah matky kladný (H14)**



- **Emoční vztah matky záporný (H15)**
- **Způsob řízení matky – požadavky (H16)**
- **Způsob řízení otce – volnost (H17).**

# 11 METODOLOGIE VÝZKUMU

## 11.1 Popis výzkumného vzorku

Kvůli obtížnému přístupu k populaci záměrně se poškozujiících dospívajících byla zvolena *metoda záměrného výběru přes instituce* (Miovský, 2006). Výzkum probíhal v Praze ve spolupráci s Dětskou psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Motol, Pavilonem 28 Psychiatrické léčebny Bohnice (dětská a dorostová psychiatrie) a Oddělením dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice, v Brně potom na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno a v Diagnostickém ústavu pro mládež Brno.

Pro účast na výzkumu byli oslovení dospívající v rámci všech tří fází dospívání popsaných v teoretické části, tedy mladí lidé od 10ti do 20ti let. Kritériem dále bylo opakované záměrné sebepoškozování tak, jak je chápáno v celé této práci. Vystihuje ho definice uvedená na závěr kapitoly 1.6, kterou pro diagnostické účely vytvořila Muehlenkamp (Muehlenkamp, 2005, s. 333):

1. Fyzické ubližování sobě samému postrádá vědomý sebevražedný záměr.
2. Člověk není schopen odolat vnitřním impulsům ke zranění se.
3. Aktu sebepoškození předchází prožitky stoupajícího napětí, naštvání, úzkosti, rozlady nebo celkové nepohody, které osoba subjektivně vnímá tak, že před nimi nemůže uniknout nebo je kontrolovat.
4. Hned po aktu sebepoškození nastupuje pocit úlevy, uspokojení a/nebo osvobození od depersonalizace.
5. Sebepoškozování má tendenci se opakovat, a to 5krát a více (metody sebepoškozování se mohou při jednotlivých epizodách lišit).
6. Nejsou započítávány formy sebepoškozování, které jsou důsledkem psychózy, transsexualizmu, mentální retardace, vývojových poruch nebo celkového zdravotního stavu.
7. Sebepoškozování způsobuje klinicky významný distres nebo poškození v sociální, pracovní nebo jiné významné oblasti fungování.

Výběr probíhal tak, že spolupracující psychologové / psycholožky či psychiatři / psychiatričky z výše uvedených institucí oslovovali vybrané dospívající s žádostí o účast ve výzkumu a jejich rodiče o informovaný souhlas s účastí svých potomků. Za celou dobu výzkumu nesouhlasili rodiče 3 dospívajících, 1 dívka byla propuštěna dřív, než se rozhovor konal, a 1 chlapec z výzkumu na popud matky odstoupil. Kromě toho záleželo na ochotě a časových možnostech spolupracujících odborníků na jednotlivých odděleních, zda o účast ve výzkumu požádali opravdu všechny pacienty a klienty. Počet takto vyhledaných respondentů už dále nebyl redukován žádnými kritérii, výzkum byl ukončen získáním 20ti účastníků.

Mezi respondenty byla převaha dívek, z 20ti sledovaných dospívajících bylo 16 dívek a 4 chlapci ve věku 12-19 let. Věkový průměr byl 15,8 let.

JMÉNO	VĚK	DIAGNÓZA (podle závěru příjmového vyšetření)
Aneta	16	- F50.0 Mentální anorexie
Barbora	13	- F92.8 Depresivní porucha chování vs. porucha chování ve vztahu k rodině - Nevyvážený vývoj osobnosti, rysy emoční lability a impulsivity - Citová deprivace
Zuzana	15	- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
Sofie	14	- F50.0 Mentální anorexie, smíšený typ
Martina	17	- Disharmonický vývoj osobnosti, rysy emoční lability a impulsivity - Suspektní problematika z okruhu poruchy příjmu potravy (MB)
Petra	15	- F50.1 Atypická mentální anorexie - F60.8 Nevyvážený vývoj osobnosti s rysy emoční nestability - v anamnéze sociální fobie a separační úzkost v dětství
Hana	17	- F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí - Rysy emoční nestability a impulsivity - Specifické poruchy učení
Radka	17	- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
Kristýna	14	- F91.0 Poruchy chování – porucha chování vázaná na vztahy k rodině - Neharmonický vývoj osobnosti na bázi neharmonického rodinného prostředí - Sociálně fobické rysy - Specifické poruchy učení
Jarmila	16	- F43.2 Poruchy přizpůsobení (při kumulaci ztrát) - Úzkostně-depresivní reaktivita - Disharmonický vývoj osobnosti - Sociálně fobické rysy
Klára	16	- F92 Smíšené poruchy chování a emocí - F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
Marek	16	- Nezdravotnické zařízení (možné úvahy o poruchách chování a subdeprivační problematice)
Danka	17	- F50.0 Mentální anorexie (relaps s depresivní symptomatikou)
Denisa	19	- F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti - Subnormní intelekt na hranici lehké mentální retardace
Veronika	18	- F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha u disponované osobnosti
Lenka	16	- F43.1 Suspektní posttraumatická stresová porucha s projevy panickými a disociativními - F91.0 Poruchy chování ve vztahu k rodině
Matouš	17	- F43.2 Poruchy přizpůsobení - F60.3 Mnohočetná porucha osobnosti - F32.1 Středně těžká depresivní fáze
Patrik	12	- F90.1 Hyperkinetická porucha chování - F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
Lukáš	17	- Disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy - F40.1 Sociální fobie
Milena	14	- F43.2 Porucha přizpůsobení (krátkodobá reakce na rozchod s přítelem)

Tab. č.7: Popis výzkumného vzorku

## 11.2 Postup a metody získávání dat

Pro získání odpovědi na výzkumnou otázku týkající se charakteristik rodin záměrně se poškozujících dospívajících ve vybraných oblastech byla zvolena *kvalitativní výzkumná strategie doplněná o několik kvantitativních metod*. Jedná se o *mapující studii rodin 20ti záměrně se poškozujících dospívajících*, do budoucna může posloužit i jako předvýzkum pro kvantitativní ověření zde zjištěných závěrů. Typově se jedná o *případové studie jednotlivců*. Protože jednání člověka (tedy i záměrné sebepoškozování) je ovlivněno subjektivním vnímáním a prožíváním reality, rodinami dospívajících jsem se zabývala z úhlu pohledu právě těchto dospívajících. Ti byli jediní, s kým jsem o rodině hovořila. Pohled rodičů jsem znala jen ze záznamů v příjmové zprávě dospívajících na oddělení, pohled odborníků jen z krátkých konzultací.

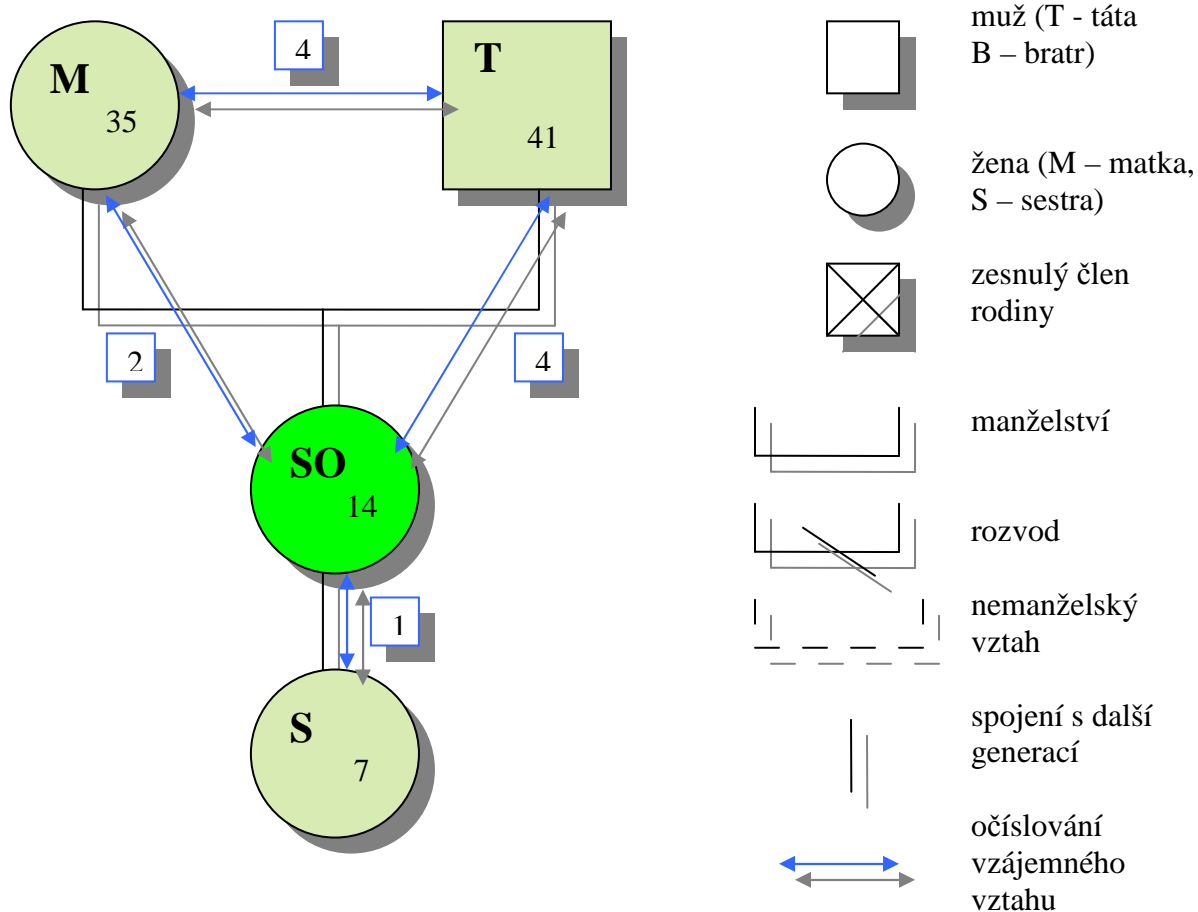
Výzkum probíhal od května 2009 do února 2010 na vybraných klinikách a zařízeních. S dospívajícími jsem byla obvykle seznámena některým z pracovníků a následně jsme měli k dispozici volnou místnost, kde nás nikdo nerušil. Z důvodu časové náročnosti, ale i kvůli utvoření vztahu s účastníky a získání jejich důvěry, jsem se s každým z nich setkala celkem dvakrát během jednoho týdne. Jedno setkání trvalo přibližně 60-90 minut. Pro snížení vlastní stylizace nebo zatajování určitých údajů jsem všem na začátku vysvětlila význam výzkumu a ujistila je o anonymitě, platila také dohoda o tom, že to, co dospívající během těchto rozhovorů sdělí, se nedozví nikdo z oddělení. Výjimkou by byly pouze údaje, na které se ze zákona vztahuje ohlašovací povinnost.

Základní metodou získávání dat byl **polostrukturovaný rozhovor** o rodině doplněný **pozorováním**. Při prvním setkání byl po úvodním seznámení podložen nákresem **genogramu rodiny** a „stavěním rodiny“ v rámci **Testu rodinného systému FAST** (Gehring, 2005). V době mezi setkáními dospívající vyplnili dva zadané psychologické testy: **Škálu rodinného prostředí** (Hargašová, Kollárik, 1986) a **Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině** (Čáp, Boschek, 1994). Při druhém setkání jsme hovořili o jednotlivých dimenzích těchto dotazníků a následně společně tvořili **Čáru života**, v jejímž kontextu jsme hovořili kromě rodinných témat i o jiných významných tématech pro konkrétního dospívajícího a o záměrném sebepoškozování. Zjištěné údaje o dospívajících byly doplněny základními **informacemi z jejich dokumentace** - obvykle z psychiatrické zprávy založené na vyšetření při příjmu na oddělení, přičemž v každém zařízení měly tyto dokumenty trochu jinou podobu.

### 11.2.1 Genogram

Genogramu, tedy grafickému znázornění rodinného systému a vztahů v něm, se věnuje kapitola 8.1.4. Tato metoda byla zvolena k úvodnímu seznámení s rodinnou situací dospívajícího a zároveň jako metoda, u které, pokud dospívající sám nechtěl, nebyl tlačen do sdělování příliš osobních údajů o sobě ani o rodině.

Východiskem pro způsob ztvárnění genogramu byla literatura uvedená v již zmiňované teoretické kapitole. Genogramy byly zaměřeny pouze na rodinu orientační, zaznamenané osoby na nich odpovídaly tomu, jak dospívající odpověděli na otázku: „*Koho bys počítal/a do své rodiny?*“ Pokud dospívající zmínili i osoby z rodiny širší, ujistila jsem se, jestli jsou opravdu těmi, koho považují za svoji rodinu v užším slova smyslu. Osoby, se kterými se často setkává nebo se jedná o jeho rodiče nebo pečovatele, kteří v roli rodičů někdy byli (například nevlastní rodiče), ale v genogramu je zakreslené mít nechtěli kvůli konfliktním vztahům, byly znázorněny jen tužkou. Obrázek č. 2 je příkladem využívaných značek v genogramu. Znázorňuje rodinu Sofie (pro přehlednost je vynechán pes), která vyrůstá v úplné rodině s mladší sestrou.



Obr. č. 2: Způsob znázornění genogramu rodiny

Ke genogramu se vztahovaly základní otázky týkající se jednotlivých členů rodiny (věk, vzdělání, zaměstnání, závažná onemocnění a povahové vlastnosti). Následně byly osoby na obrázku propojeny a dospívající měl očíslovat vzájemný vztah na škále od 1 do 5, přičemž 5 ohodnotil vztah opravdu dobrý a blízký, 1 vztah velmi špatný. Pokud dospívající chtěli použít číslo nižší nebo vyšší než umožňovala škála kvůli vyjádření svého, obvykle velmi konfliktního, vztahu, bylo jim to umožněno.

### 11.2.2 Test rodinného systému FAST

Test rodinného systému vytvořil Gehring a o převedení do českého prostředí se zasloužila Sobotková. Jedná se o projektivní metodu využívající prostorové znázornění rodinných vztahů, kde dospívající staví pomocí figurek svou rodinu na šachovnici. Rozmístěním mají možnost vyjádřit vztahovou blízkost těchto osob, pohledem figurky vztah dokreslit a pomocí podstavečků znázornit, kdo má v rodině kolik moci. Neutrálně barevné figurky je možné nahrazovat i figurkami velmi ostře barevnými, které ovšem dospívajícím nabízeny nebyly. Rodina se takto staví ve třech situacích – v klasické, ideální a konfliktní. K těm potom manuál nabízí vždy sadu otázek týkajících se změn v minulosti, frekvence takovýchto situací a dotazů, pro koho je daná situace nejhorší či nejdůležitější a co by pro ni či pro její změnu dospívající nebo někdo jiný z rodiny mohl udělat (Gehring, 2005).

Jako figurky byly u tohoto testu zvoleny členové domácnosti dospívajícího, které případně sám doplnil dalšími pro něj významnými osobami. Následný rozhovor ke každé situaci byl veden podle otázek doporučených manuálem, modifikovaných podle konkrétní rodinné situace dospívajícího. Dospívající měli možnost se u tohoto testu rozhovět o čemkoli, co se jim zdálo, že je pro jejich rodinu důležité.

### 11.2.3 Škála rodinného prostředí

Škála rodinného prostředí (dále jen ŠRP) je dotazník o 90ti položkách, který se týká celé rodiny dohromady. Dospívající ho vyplňovali o samotě ve volném čase, obvykle ještě v den našeho prvního rozhovoru, při dalším setkání byl potom na jednotlivé dimenze tázán, jak je sám vnímá.

Škála sleduje celkem 10 dimenzí rodinného prostředí, které jsou shluknuty do dimenzí 3. První je vztahová dimenze, kterou tvoří **soudržnost** (S - vyjadřuje, jak se o sebe členové rodiny zajímají a podporují se), **expresivita** (E - vyjadřuje, jak moc mohou členové rodiny

doma vyjadřovat, co si skutečně myslí a cítí, mohou být otevření) a **konfliktnost** (K - jak jsou charakteristické hádky a agresivní projevy mezi členy rodiny). Druhou dimenzí jsou dimenze osobnostního růstu, ze kterých byla vyňata morálně – světonázorová orientace z důvodu zastaralosti položek. Kromě té sem patří **nezávislost** (N - podpora v samostatném rozhodování a soběstačnosti), **orientace na úspěch** (OÚ - zdůrazňování soutěživosti a dobrých výsledků), **intelektuálně-kulturní orientace** (IKO - zabírání se v rodině politicko - kulturně – sociálními tématy) a **aktivně-rekreační orientace** (ARO - zapojování se do sportovních činností a aktivního trávení volného času). Poslední dimenzí je potom dimenze udržování systému, kam spadá **organizace** (O - jak jasně jsou formulovaná pravidla, plánuje se a systém funguje) a **kontrola** (KL - hierarchie v rodině, vzájemná kontrola) (Hargašová, Kollárik, 1986).

#### 11.2.4 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy od autorů Čáp a Boschek (dále jen Dotazník výchovy) je založen na dvou dimenzích - na emočním vztahu k dítěti a na výchovném řízení. Každá z nich je určena dvěma komponentami – první zmíněná vychází z ukazatelů **kladného a záporného emočního vztahu**, druhá z **míry požadavků a volnosti**. Kombinací různé intenzity jednotlivých charakteristik tak, jak je znázorněno v Příloze č.1, autoři vytvořili tzv. **model devíti polí**, přičemž každé pole vyjadřuje určitý specifický způsob výchovy (Čáp, Boschek, 1994). V dalších výzkumech Čáp ověřil, že jednotlivé způsoby výchovy mají souvislost s psychickou odolností takto vychovávaných dospívajících. Právě mezi těmi, kdo jsou vůči zátěži méně odolní, by se dal očekávat i zvýšený výskyt záměrného sebepoškozování jakožto copingové strategie zvládání stresu. Nejvyšší labilitu vykazovali v Čáповě výzkumu ti dospívající, kteří spadali především do třetího a o něco méně do druhého pole, následně pak také ti z pole prvního. Naopak maximální stabilitu vykazovali ti, co podle subjektivního vnímání rodičovské výchovy odpovídali poli pátému a osmému. I z dalších výzkumů vyplynulo, že psychická odolnost souvisí především s pozitivním emočním vztahem s rodiči, především pak s matkou (Čáp, 1996).

Tento dotazník vyplňovali dospívající taktéž o samotě po prvním setkání a při setkání následujícím byli dotazováni, jak sami reflektují způsob výchovy v rodině, kdo je víc vychovává, zda doma mají pocit důvěry a podpory nebo naopak se cítí spíše kritizováni a jak jsou trestáni.

### 11.2.5 Čára života

Čára života byla zvolena jako přehledná mapující metoda významných událostí v životě dospívajících i jejich rodin. Záměrně byla zvolena až na závěr, protože se mnohdy týkala údajů pro dospívající nejcitlivějších. Zvláště z ní byly využity údaje pro analýzu subjektivně vnímaných zátěžových událostí během vývoje rodinného systému.

Zadání jsem oproti původnímu Tylovu testu mírně upravila (Svoboda, 1999). Časová osa, nakreslená na papíru vodorovně, byla rozdělena na menší úseky, na které byl dospívající nejprve dotazován (co se stalo pro jeho život významného, co dělal, co je jeho silný zážitek z té doby apod.) a následně zakreslil křivku, „*jak se v té době měl*“. Pokud se to výrazně lišilo od situace doma, tak i jaké to bylo doma. Když se měl lépe, směřovala jeho křivka nahoru, když hůř, naopak dolů. Přehledně tak mohl zakreslit, co pro něj byla významnější zátěž nebo radostná událost, metoda byla také podnětná pro vyprávění i o dalších rodinných okolnostech, na které do té doby nepřišla řeč.

Na úplný závěr byl dospívající vyzván, aby udělal na časové ose tečku tam, kdy si poprvé záměrně ublížil. Následovaly otázky týkající se tohoto chování včetně reakce rodičů na sebepoškozování a co by mu pomohlo se sebepoškozováním přestat (otázka převedená na metaforu kouzelníka, co by pro dospívajícího mohl udělat, aby mu v tom pomohl).

### 11.2.6 Využití dat z lékařské dokumentace

Do lékařské dokumentace jsem nahlížela až po prvním rozhovoru s dospívajícími, abych nebyla ovlivněna diagnózou či jinými informacemi například uvedenými rodiči při příjmu. Z tohoto zdroje jsem využila k zarámování jednotlivých případů především přidělené diagnózy a upřesnila některé informace, jako například věk rodičů či poznatky o psychiatrických obtížích členů rodiny nebo o dětství, které mi dospívající nebyli schopni sdělit. Pro zpracování kasuistik jsem využila také vyjádřené postoje rodičů k aktuální rodinné situaci či k potížím dospívajícího i přehled předchozích hospitalizací. Rodiče taktéž někdy uváděli hodnocení svého manželského soužití na škále 1-6 (1: ideální, 2: dobré, 3: dobré s menšími konflikty, 4: s velkými konflikty, 5: manželství hrozí rozpadem/6: manželé spolu nebydlí). Finanční situaci potom rodiče hodnotili na škále 1-4 (1: dobrá, 2: průměrná, 3: špatná, 4: krizová).



### 11.3 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla nejprve přepsána do digitální podoby – jak poznámky z lékařské dokumentace, tak na diktafon nahrané rozhovory prostřednictvím programu F4 audio<sup>35</sup>. Podle opakujících se tématických okruhů pak byla vytvořena struktura kasuistik, tři z nich jsou uvedeny v kapitole 12.1, zbylé doplňují práci na přiloženém CD. Komplexně zpracovávají osobní a především pak rodinnou anamnézu a jsou doplněny i o charakteristiky záměrného sebepoškozování a kontext jeho prvních i dalších epizod.

Údaje z jednotlivých kasuistik byly následně hromadně zpracovány, aby z nich vzešly souhrnné charakteristiky celého souboru. Hypotézy týkající se dospívajícími dosažených skóre v jednotlivých dimenzích Škály rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1986) a Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp, Boschek, 1994) byly testovány jednovýběrovým T-testem s normami uvedenými v manuálech pomocí programu SPSS na hladině významnosti 0,05 (dimenze Škály rodinného prostředí srovnávány na základě percentilů, vztahové dimenze v Dotazníku výchovy s normami průměrných hrubých skóre a dimenze řízení jako steniny). Shrnuté charakteristiky celého souboru spolu s interpretacemi jsou uvedeny v kapitole č. 12.2.

### 11.4 Etické otázky výzkumu

Účastníky výzkumu byli mladí lidé v období dospívání, kromě dvou dívek byli ostatní ještě nezletilí. Podmínkou jejich účasti na výzkumu tedy byl nejprve podepsaný informovaný souhlas od jejich zákonného zástupce a posléze i souhlas jich samotných. (Někdy si i nemocnice kladla jako podmínku podepsanou vzájemnou smlouvu o tom, jak mohou být využita získaná data.) Z dospívajících účast neodmítl nikdo, velká část z nich na závěr rozhovor reflektovala jako náročný, ale velmi úlevný, protože si mohli o rodině i svém sebepoškozování s někým pohovořit.

Protože tematika rodiny je v mnoha případech tematikou velmi osobní a citlivou, dospívající měli během celého rozhovoru možnost na otázky, na které by nechtěli reagovat, neodpovídat. Tato možnost jim byla sdělena hned na začátku rozhovoru, nakonec byla využita opravdu jen velmi výjimečně a o tom, o čem dospívající nechtěli mluvit na začátku, se při druhém rozhovoru obvykle rozpovídali.

---

<sup>35</sup> Volně ke stažení na <<http://www.audiotranskription.de/english>>.

Náš vztah byl projednán taktéž už na začátku rozhovoru, domlouvali jsme se na tom, zda pro ně bude příjemnější tykání nebo vykání. Všichni si přáli, abych jim tykala, někteří na druhou stranu upřednostňovali mě vykat.

Rozhovory byly natáčeny na diktafon, o čemž byli dospívající i jejich rodiče dopředu informováni, na nahrávání přistoupili po vysvětlení jeho smyslu všichni. Nahrávky byly vždy zpracovány a smazány do 7 dnů.

Ve výzkumu byla všem dospívajícím i jejich rodinám zaručena maximální anonymita. Jméno bylo překódováno na pořadové číslo a při zpracování změněno úplně, takže zde užívaná jména nejsou reálná. Taktéž osobní údaje týkající se například bydliště nebo studované školy byly, pokud to bylo možné, zobecněny a jména ostatních členů rodiny nepoužita. Kvůli ztížení možné identifikace není ani nikde v práci uvedeno, s kolika a se kterými dospívajícími jsem hovořila v kterém zařízení.

Na závěr rozhovoru byl vždy nějaký čas věnován i tomu, jak se dospívající v danou chvíli cítí, a bylo s nimi probráno, na koho by se mohli obrátit, kdyby v nich rozhovor následně vyvolal nepříjemné emoce nebo chuť se znovu poškodit.

## **12 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE**

### **12.1 Kasuistiky**

Stejně jako každý člověk je individualitou, i rodina každého člověka je zcela jedinečná. Následující tři kasuistiky nabízí různorodý pohled na záměrné sebepoškozování dospívajících v uceleném kontextu jejich rodin tak, jak je oni sami vnímají. Právě pohled z perspektivy těchto dospívajících může přispět k porozumění tomu, proč jsou, jací jsou, a proč se dostali do situace, kdy si začali záměrně ubližovat, a doposud v tom pokračují.

Konkrétně tyto tři případové studie byly zvoleny s ohledem na to, aby prezentovaly příběhy dívek i chlapce různého věku, s různou diagnózou a s různými životními i rodinnými zkušenostmi. Ostatní kasuistiky jsou přístupné na přiloženém CD.

#### **12.1.1 Barbora**

##### **I OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Báře je 13 let a je žačkou 7. třídy základní školy. Znamky má průměrné stejně jako i chování, které je ve škole alespoň o něco lepší než doma. Do kolektivu ve škole zapadla celkem dobře. Ráda pívá a maluje, obě tyto činnosti dělá jen sama pro vlastní zábavu.

Bára byla pro rozhovor snad nejméně motivovaná ze všech dospívajících. Jejím primárním cílem bylo vyhnout se vyučování. Podobně přemýšlí i v životě – dosáhnout krátkodobě toho, co chce, ovšem bez dlouhodobějších vyhlídek. Na Báře bylo také patrné (a sama to i přiznávala), že se není zvyklá o své problémy s někým dělit. K rozhovoru přistupovala velmi svéhlavě a když jí přestal bavit, odpovědi limitovala na „jo“ a „ne“.

S Bárou jsem hovořila na dětském psychiatrickém oddělení, kde byla opakovaně hospitalizována na přání rodičů. Po přestěhování z rodiny matky k otci a jeho manželce ji sice rodiče přiměli k tomu, aby přestala kouřit a pít, ale jinak se její chování výrazně zhoršilo. Byla doma vulgární, odmítala poslouchat (především nevlastní matku), kradla, zanedbávala hygienu, rozbíjela věci kolem sebe, poškozovala se a spíše demonstrativně vyhrožovala sebevraždou. Při příjmovém vyšetření jí byla diagnostikována depresivní porucha chování, jako možná alternativa se jevila i porucha chování ve vztahu k rodině. V posudku byl zmíněn také disharmonický vývoj osobnosti, rysy emoční lability, impulsivita a citová deprivace.

## II RODINNÁ ANAMNÉZA

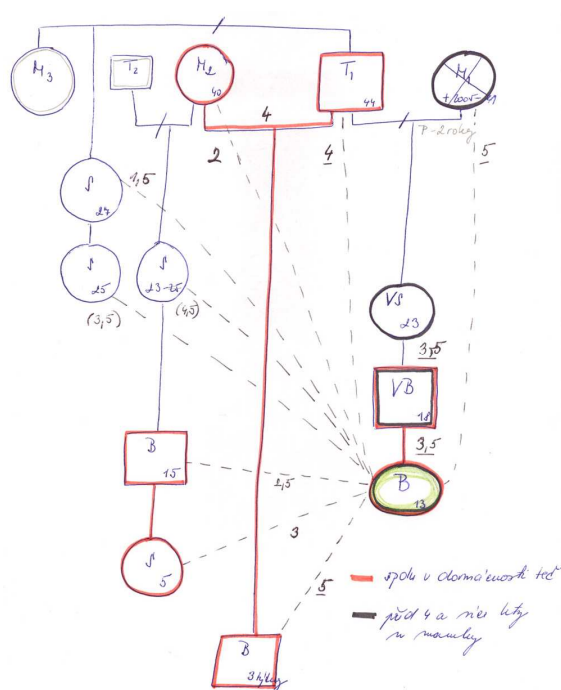
### II.1 Socioekonomické postavení rodiny

Současná rodina Bára bydlí v pražském nájemním bytě 3+1 celkem v 7 lidech: otec, nevlastní matka, vlastní bratr, nevlastním bratr a nevlastní sestra. O pokoj se Bára dělí s oběma chlapci, mají ho alespoň opticky rozdělený skříněmi, aby tam měla svůj koutek.

Otec vystudoval střední školu s maturitou, po více jak 20ti letech u policie změnil povolání a pracuje jako řidič. Nevlastní matka, se kterou Bára žije, absolvovala střední odbornou školu, v době rozhovoru byla na mateřské dovolené. Zatímco Bára si během rozhovoru stěžovala na nedostatek peněz, aby mohla jet navštívit babičku do nemocnice, otec při příjmovém vyšetření ohodnotil finanční situaci rodiny jako průměrnou, tedy jako 2. ze 4, rodina navíc pobírá sirotčí důchod.

### II.2 Struktura rodinného systému

Důvodem zmíněné dávky je podstatná životní okolnost Bára, která ovlivnila současnou strukturu rodinného systému – v 9ti letech jí zemřela matka, alkoholička, udusila se zvratkou při astmatickém záchvatu. U té spolu se dvěma staršími sourozenci vyrůstala i poté, co se v jejích 3 letech vlastní rodiče rozvedli. S otcem v tomto mezidobí udržovali celkem dobrý vztah a vídali se o prázdninách. Do jeho péče (a péče otcovy současné manželky) se Bára dostala po smrti matky a kromě dvou vlastních sourozenců tam vyrůstá i s dalšími třemi nevlastními. Do rodiny by Bára počítala kromě těchto členů i další tři nevlastní sourozence.



Genogram č. 1: Rodina Barbory

**Vlastní matka:** Bára se své matce narodila už v relativně pozdějším věku, ve 32 letech, což bylo způsobeno desetiletým odstupem od narození nejstarší sestry. Bára u matky vyrůstala 9 let až do tragické události, i když biologický otec po rozvodu opakovaně upozorňoval na to, že je chronická alkoholička a že se o děti dostatečně nestará. Bára si jí však zpětně idealizuje. Popisovala ji jako milou a hodnou ženu, aniž by dokázala zmínit cokoli, co by jí na matce vadilo. Maximálně byla ochotná připustit po cílené otázce, že pila každý den pivo.

**Vlastní otec:** Otcí je 44 let a s Bárou opět žije po šestileté pauze poslední 4 roky od již zmiňované smrti své první manželky. V současné době je potřetí ženatý a před několika týdny se mu s novou partnerkou narodil jeho již šestý potomek.

Na otcí se Báře líbí, že je hodný, umí potěšit a pochválit. Vzápětí však dodala, že jí ale vadí, že mu na ní nezáleží. Po dětství, které si Bára prožila, je ráda, že si jí někdo vzal do péče, aniž by reálně nahlížela, jak se projevuje „hodný“ člověk a co je to „upřímná pochvala“.

**Nevlastní matka:** Nevlastní matce, kterou Bára oslovuje „teto“, se několik týdnů před rozhovorem narodil ve 40ti letech nejmladší syn. Kromě něj má ještě z předchozího manželství 3 děti, nejstarší dcera se jí narodila už v 17ti letech.

Bára poznala svou nevlastní matku až po smrti matky vlastní. Oceňovala, že „*umí třeba naslouchat, pomoci, naučit mě*“. Na druhou stranu ale tyto její vlastnosti odmítá a vadí jí, že se o ní tato „teta“ pořád stará, snaží se jí převychovat, i když už to podle Báry nejde, a rozkazuje jí.

**Sourozenecký subsystém:** Protože se Bářiní současní rodiče opakovaně vdávali a ženili a z těchto vztahů jim v péči zůstávaly děti, sourozenecký subsystém je v této rodině velmi komplikovaný. Bára tak za své sourozence počítá 9 sester a bratrů. Vztahy jsou však až tak propletené, že nakonec sdílí jednu domácnost i se 2 sourozenci, se kterými nemá společného ani jednoho biologického rodiče.

Zatímco do 9ti let byla Bára v rodině nejmladší, po přestěhování se do otcovy rodiny se z ní stalo dítě „prostřední“. O 10 let starší **sestra** už s nimi nebydlí, pracuje jako prodavačka. Během svého dospívání, kdy ještě bydlela u matky, byla opakovaně umísťována do diagnostického ústavu kvůli závislosti na drogách, ze které se prý už dostala. V té době se možná také sebepoškozovala, ale Bára to neví jistě.

**Vlastnímu bratrovi** je 18 let a studuje střední dopravní školu. Od smrti vlastní matky se stejně jako Bára přestěhoval k vlastnímu otcí a jeho nové manželce. Bára se zmínila o tom,

že v poslední době hodně pije a když ho něco naštve, bouchá rukou do zdi. Stěžovala si, že si na ní vybíjí zlost i že se o ní stará a snaží se jí vychovávat. Jeho přijetí „otcovské role“ možná pramení již z původní rodiny, kde musel zastat prázdné místo. Jinak ale Bára říkala, že ho má ráda. Je pro ni velkým vzorem, mluvila o něm s hrdostí, když popisovala, jak v opilosti rozbil výlohu obchodu i jak bude ona v 15ti letech zlobit stejně, jako v tomto věku zlobil on.

Ve společné domácnosti vyrůstá kromě nejmladšího **několikatýdenního brášky**, se kterým si Bára ráda hraje, ještě se **dvěma dalšími nevlastními sourozenci**, jejichž biologickými rodiči jsou nevlastní matka a její minulý manžel. Bára si hodně stěžovala na 15tiletého nevlastního bratra kvůli tomu, že má pořád tendence se o ni starat a poučovat ji. Další nevlastní sestře, se kterou také vyrůstá, je teprve 5 let.

**Dimenze udržování systému (podle ŠRP):** Bára vyplnila dotazník ŠRP jak pro rodinu, kde žila s vlastní matkou, tak i pro rodinu současnou. Rysy obou si byly celkem podobné až na dimenze udržování systému – základní rozdíl tkvěl jak ve zvýšení kontroly (původní-35perc., v současné 52perc.), tak především ve výrazně zvýšené organizovanosti v rodině nové (z 31perc. na 70). To je v podstatě i to, na co si Bára nejvíc stěžovala – na vyžadování plnění povinností, které jí nevlastní matka nebo otec zadají, a jednání podle rodinných pravidel, kterých je v tomto systému podstatně více, než na co byla zvyklá. Ke kontrolování v rodině dodávala, že jí nejvíc hlídá nevlastní matka a že má pocit, že si na ní neprávem zasedla.

### **II.3 Emoční vazby v rodinném systému**

#### **Vztah mezi Bárou a rodiči**

Bára během našeho rozhovoru hodně vzpomínala na svoji rodinu původní, kde narozdíl od té současné cítila, že je „doma“. Vyprávěla, že si víc rozuměla s matkou, tolik se s ostatními členy rodiny nehádala a také oceňovala, že měla pouze vlastní sourozence. Pohled na minulost je nejspíš idealizovaný (vztah s matkou například vyjádřila nejvyšší číslicí 5), otec původní rodinu Báry popisoval tak, že se o ně matka nestarala, doma nemuseli nic dělat, nemuseli se učit a žili v nepořádku a bez kontroly. Nicméně i když je nová rodina celkově funkčnější, Bára změnu v rodinném systému po smrti matky zvládá velmi obtížně. Důkazem je, že s Bárou začaly být větší výchovné problémy právě od 9ti let.

V současné rodině má Bára nejbližší k otci, s ním třeba ráda vaří nebo hraje hry, což je ale prý v poslední době málokdy. Je také jediným, na koho trochu dá, vzájemný vztah hodnotí 4. S nevlastní matkou je to horší, právě s ní se nejčastěji hádá. V jejím případě vztah ohodnotila 2. Nejvíce konfliktů v rodině obvykle začíná právě mezi Bárou a její nevlastní

matkou, přičemž na ně ale reagují všichni a nakonec má pocit, že se proti ní v podstatě i všichni postaví. Ústředním tématem těchto hádek bývá, že Bára není na povinnosti a rozkazy ostatních zvyklá a odmítá je plnit. Sama tvrdí, že tyhle problémy začaly asi půl roku po přestěhování, kdy „teta“ začala zdůrazňovat dodržování pravidel a snažila se ji převychovat.

### **Vztah mezi sourozenci**

Když by se vzaly v úvahu pouze ty děti, které v současné době sdílí jednu domácnost, sourozenecký subsystém by byl tvořen třemi menšími subsystémy podle společných rodičů. Z Bářina vyprávění celkem logicky vyplynulo, že každý ze sourozenců má nejbližší k těm svým „vlastním“ a mezi ostatními si stále buduje svou pozici.

Bára nejvíce mluvila o svém vlastním bratrovi, který s ní stále bydlí. Hodně jí na něm vadí jeho snahy ji kárat a říkat, co je správné, zároveň se ale pro ni zdál být významným vzorem, bohužel spíše dysfunkčního chování. Vztah s ním ohodnotila stejně jako s vlastní sestrou číslicí 3,5.

O bod míň „dostal“ vztah s nevlastním bratrem, kterému je 15 let. Ten plní v rodině roli ochránce Bářiny nevlastní matky, a tak Báře nevyhovuje už jen samotný fakt, že se jim tento bratr často vměšuje do hádek. Mezi řečí Bára zmínila konflikt, kdy jí 15letý bratr nadával, „*ať jde pryč, ať jde domů, že sem nepatří*“.

Z ostatních sourozenců je pro ni ještě podstatná nejstarší nevlastní sestra (27 let), která ze začátku Bářina pobytu u otce ještě v této domácnosti bydlela. Nemá na ni nejlepší vzpomínky, protože ji za špatné školní výsledky bila. Proto i číslo 1,5.

### **Vztahy v rodičovském subsystému**

Bára během svého života prožila rodičovské subsystémy tři: první 3 roky žila s oběma vlastními rodiči, následně ho tvořila pouze matka a od její smrti znovu vlastní otec tentokrát už s novou partnerkou.

Vztah vlastních rodičů byl před rozvodem velmi konfliktní. Bára si i z tak útlého věku pamatuje, jak tehdy vlastní otec matku bil, tato vzpomínka se jí stále vrací i ve snech.

Vztah otce s nevlastní matkou hodnotila Bára mnohem lépe, označila ho číslem 4. Podobně i otec při příjmu Báry lékařům sděloval, že manželství je podle něj dobré, zvolil 2. nejlepší hodnocení z 5. Mezi novými rodiči je dominantnější otec, jeho slovo v rodině platí.

## **Vztahové dimenze v rodině podle ŠRP**

Pro vykreslení rodinného prostředí jsou podle Bářiných vyjádření nejcharakterističtější vzájemné hádky, současná rodina odpovídá - stejně jako rodina, ve které Bára trávila dětství do 9ti let - na konflikt orientované rodině, přičemž Bára subjektivně vnímá, že současná rodina je ještě konfliktnější než ta předchozí (Kpův. 63, současné 70). Ostatní vztahové dimenze, které poukazují na vzájemnou podporu, jsou v obou rodinách podprůměrné. Soudržnost je v současné rodině sice alespoň o trochu vyšší než v rodině předchozí (Spův. 24, současné 39perc.), nicméně Bára spíše vnímá, že zájem o sebe mají ostatní členové mezi sebou, nikoli o ni. V obou rodinách se také zdá být zvykem si svoje problémy nechávat pro sebe a zvažovat, co kdo řekne nahlas (Epův. i současné 39). Tuto strategii volí i Bára – nikomu nic neříká, protože by jí stejně nepomohli. A ostatní členové rodiny to prý dělají stejně.

## **II.4 Výchova v rodinném systému**

### **Interpretace výsledků Dotazníku výchovy**

Pro Báru je v rodině jedinou autoritou, kterou ve výchově ještě trochu uznává, její vlastní otec. Kromě něj se ale do role vychovatelů staví nevlastní matka i oba starší bratři, čímž Bára naprosto opovrhne.

Sourozenci měli tyto tendence již v době, kdy Bára vyrůstala ještě u své vlastní matky. Bára v dotazníku vyjádřila, že na ní měla matka jen velmi málo požadavků a dávala jí hodně volnosti, terminologií Čápova Dotazníku ji řídila slabě (6.pole). Výchovné emoční prostředí tam však vnímala jako kladné, což je ale nejspíš způsobeno zpětnou idealizací v době, kdy je nucena integrovat se do rodiny, ve které odmítá být a podřizovat se.

V nynější rodině Bára vnímá způsob řízení jako silný od obou rodičů, stejně jako i emoční prostředí, které utváří oba rodiče, je podle ní záporné. Současný výchovný styl tedy odpovídá 1. poli.

### **Pochvaly a tresty**

Bára vyrůstá v rodině, kde od ostatních necítí velkou podporu. Rodiče buď ani neví, že nějakou písemku ve škole má, nebo jsou dopředu smíření s tím, že se Báře nepovede. I v dotaznících souhlasila s výrokem, že oba současní rodiče často mluví o jejích chybách a že se v současné rodině často kritizují.



Tresty, které rodiče volí, jsou různé. Pohavek přiletí čas od času nejen od otce, ale také od nejstaršího bratra nebo nevlastní matky. Z původní rodiny na tohle zvyklá nebyla. Za známky dostává také „zarachy“, zákaz jít ven je pro ni nejhorší.

### **Vedení k osobnostnímu růstu podle ŠRP**

Ze škál osobnostního růstu byl mezi rodinami největší rozdíl v nezávislosti, v původní rodině byla Bára podporována jen minimálně, v rodině druhé se už zdá být vedení k samostatnosti průměrné (Npův. 26, současné 52perc.). Vedení ke kulturním (IKOpův 25, současné 16) či sportovním aktivitám (AROpův. 39, současné 29) bylo pro obě rodiny spíš méně důležité, ještě méně pak podpora členů rodiny v tom, aby v životě o něco usilovali a snažili se něčeho dosáhnout (OÚpův. 16, současné 23). Bára vůbec tráví svůj volný čas hodně o samotě oddělená od rodiny, bývá někde venku nebo na prázdniny jezdí k babičce. Pořádně ani nedokázala říct, co v tu dobu ostatní dělají.

### **II.5 Subjektivně vnímané zátěžové události a období v rodině i mimo ni**

- do 3 let: otec matku bil
- 3 roky: rozvod vlastních rodičů
- 4 roky: nepříjemný zážitek strachu o matku, když byla přítomna jejímu astmatickému záchvatu
- (- do 9ti let: výchova u matky alkoholičky (Bára to jako zátěž nevnímala))
- 9 let: smrt matky
  - přestěhování se do nové rodiny
- 11 let: více si začala uvědomovat, co se jí v této rodině nelíbí

## **III ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

### **Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodině**

Sebedestruktivní projevy chování se v Bárině rodině objevily především u matky, která byla vážně závislá na alkoholu. Co se týče sourozeneckého systému, vlastní sestra byla závislá na drogách a Bára polemizovala s tím, že se možná i sebepoškozovala. Vlastní bratr hodně pije doposud a naštvání ventiluje boucháním do zdi.

### **Charakter sebepoškozování**

Bára si poprvé ublížila v návaznosti na smrt matky, kdy si ze vzteku bodla do ruky nůž. Nechtěla tehdy umřít, potřebovala nějak vybit svůj smutek a zlost. Frekvence

sebepoškozování zesílila hlavně od 11ti let, kdy si začala všechno víc uvědomovat. Teď už si ubližuje skoro každý den, vyprávěla mi, že už není hádka, kterou by dokázala ustát bez ublížení si. Jsou to v podstatě jenom hádky, kdy si ubližuje. Obvykle se řeže žiletkou, ale bouchá taky rukou nebo hlavou do zdi nebo do nábytku. Bolest už Bára ani necítí, jenom velkou úlevu. A potom výčitky, že hádce vlastně mohla předejít nebo na ní pak reagovat jinak než dalším zraněním. Jediný důvod, proč by Bára chtěla přestat, jsou reakce lidí, kteří ji přesvědčují, že nebude mít hezké ruce, že se jí to jen tak nezahojí. Jinou metodu ventilace ale Bára ani nezkoušela.

O sebepoškozování řekla Bára otci hned při první epizodě. Už si jeho reakci přesně nepamatuje, ale myslí si, že jí dal tehdy přes pusu. Když si ublíží, říká to rodičům i teď, protože ji začne trápit, že to zase udělala. Obvykle jí řeknou, že je „*blbá*“, ale ránu jí ošetří. Sama připouští, že tímto způsobem si jejich pozornost přiláká. Bára má velkou potřebu blízkého kontaktu, kterého ale nedokáže dosáhnout „zdravějším“ způsobem.

### **Co by mohl udělat kouzelník pro to, aby sis přestala ubližovat?**

Bára byla v rozhovoru přesvědčená, že by se sebepoškozováním dokázala přestat pouze tehdy, pokud by to chtěli i rodiče a přestali se s ní tolik hádat. O to by také požádala kouzelníka: aby byli „*dobrá rodina a nehádal se*“. Bára svůj podíl na konfliktech příliš nereflektuje.

## **IV ZÁVĚR**

Bára vyrůstá celý život v rodinách se spíše nižším sociálně-ekonomickým postavením. Do 9ti let žila s matkou, alkoholičkou, na kterou vzpomíná jen v dobrém. Vzhledem však k tomu, že i otec opakovaně upozorňoval na zanedbávání její péče o děti, se jedná spíše o zpětnou idealizaci „harmonického domova“.

Bára byla až do smrti matky zvyklá na velmi benevolentní výchovu, právě kterou otec označuje za „*nezájem o to, co děti dělají*“. Bára už tehdy pila a kouřila, ovšem veškeré problémy se výrazně zhoršily až po smrti matky v již zmiňovaných 9ti letech, kdy si také poprvé ublížila. V té době si jí vzal do péče otec, který žije se svojí již 3. manželkou. Bára se v této mnohokrát rekonstruované rodině (má celkem 8 sourozenců z různých manželství rodičů, z toho se 4 žije, přičemž jen 1 je vlastní) vůbec necítí dobře, je tam podle jejích slov „*za černou ovci*“ a nevnímá zájem ostatních o to, aby s nimi byla (nevlastní bratr jí například říkal, „*ať jde pryč, ať jde k sobě domů*“). Nejbližší má sice k vlastnímu otci, který do 3 let žil s její matkou, než se po bouřlivých hádkách a fyzických násilnostech rozešli, ale i o něm říká,

že má dojem, že ho moc nezajímá. Ve vyprávění Bára opakovaně zmiňovala neochotu podřídit se novým pravidlům, kterých je v této rodině daleko více, než když žila s matkou, a taky je jejich dodržování přísněji vyžadováno. Vzpouzí se jim nerespektováním především matky, „zlobením“, zanedbáváním školy i sebepoškozováním a výhrůzkami, že se zabije. Bára není ochotná nahlédnout svoji roli v konfliktech nejspíš proto, že když necítí emoční zázemí, nemá ani důvod nařízení plnit.

### **12.1.2 Danka**

#### **I OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Dance je 17 let, studuje 2. ročník gymnázia. Během základní školy vystřídala 6 různých vzdělávacích institucí především kvůli stěhování a jednou i kvůli neshodám s kolektivem. Do 9. třídy měla téměř samé jedničky, na gymnáziu má známky průměrné, učení je tam podle ní o dost těžší. Chodí tam ale ráda, hlavně kvůli kamarádům. Mimo školu má spoustu všestranných zájmů od zpívání a hry na kytaru, přes kreslení, psaní povídek až ke sportu.

Sama sebe Danka charakterizuje jako perfekcionistku (během rozhovoru zmiňovala nespočet úspěchů, například jak v dětství recitovala básně v domově důchodců, její obrázek vyhrál soutěž, v 1. třídě všechny trumfovala tím, jak uměla nejlépe číst,...), které hodně záleží na tom, co si o ní ostatní myslí. Lékař v příjmové zprávě upozornil na výkyvy nálad, emoční labilitu a pocity méněcennosti. Danka si velmi dobře uvědomuje, že má přehnané tendence ostatním pomáhat a přejímat jejich problémy na sebe (například ochrana staršího postiženého bratra před urážkami ostatních dětí, úvahy o tom, jak by mohla zlepšit vztah mezi rodiči, apod.).

S Dankou jsem se setkala na oddělení dětské psychiatrie, kde byla znovu po 4 letech hospitalizována kvůli relapsu mentální anorexie. Po minulé léčbě v 8. třídě se cítila lépe a kromě pobytu v lázních (kvůli slepému střevu), ze kterého musela odjet předčasně, protože přestala jíst, byl její stav až do nástupu na gymnázium stabilizovaný. V posledních dvou letech sice občas příjem jídla omezila, ale vždy si to rozmyslela ze strachu z další hospitalizace. Během posledních 3 měsíců se však matka vrátila po mateřské dovolené opět do práce a začaly se víc hádat. Navíc Danka si všimla, že jí jsou šaty z ložiska těsnější a na postavu jí upozornil i její přítel. Za poslední 3 týdny před příjmem na oddělení nesnědla téměř nic a i to málo někdy záměrně vyzvracela.

## II RODINNÁ ANAMNÉZA

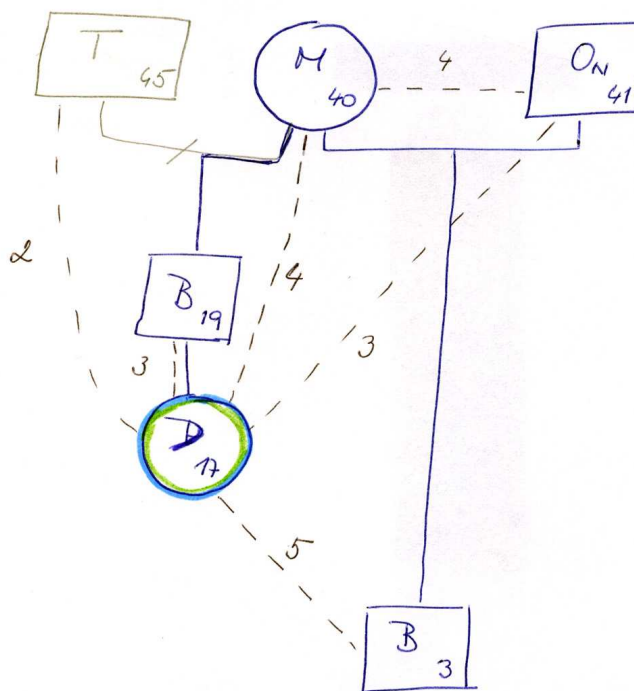
### II.1 Socioekonomické postavení rodiny

Posledních 5 let žije Dančina rodina ve velkém rodinném domě na venkově. Matka vystudovala střední školu ekonomického zaměření, je vedoucí expedice ve firmě. Do práce nastoupila po 3 a půl letech mateřské před několika měsíci. Nevlastní otec má taktéž středoškolské vzdělání, je zaměstnán jako klempíř (OSVČ). V poslední době matce hodně vyčítá, že musí vydělávat víc než ona. Vlastní otec, se kterým Danka bydlela do 10ti let, je vyučený zámečnick, v současné době je však po operaci páteře v invalidním důchodu. Finanční situaci označili rodiče při příjmu za průměrnou (2/4).

### II.2 Struktura rodinného systému

Struktura Dančiny rodiny se nejvýrazněji změnila v jejích 10ti letech, kdy se s matkou a bratrem nejprve odstěhovali od vlastního otce a následně asi po roce začali bydlet s novým matčíným manželem. Ve 13ti letech se jí narodil nejmladší bratr, což vnímala velmi negativně vzhledem k další ztrátě pozornosti matky.

Do rodiny by Danka počítala hlavně matku a sourozence, podle jejích slov „asi“ i otce nevlastního. Nakonec říká, že by tam měl být i otec vlastní a spokojeně souhlasí s tím, že ho zaznamenejme jen tužkou.



Genogram č. 2: Rodina Danky

**Matka:** Danka se matce narodila ve 23 letech, o 2 roky později než starší bratr. Nejmladšího, „vymodleného“ syna pak matka porodila již s druhým manželem ve 37 letech. Danka ji popisuje jako hodnou ženu, která je ale cholerická. Z důvodu pracovního vytížení i povinností doma bývá hodně nervózní.

**Vlastní otec:** Danka se nelíbí, že její vlastní otec, který je o 5 let starší než matka, je tolik sebe-středný a sobecký. Podle ní umí mluvit jen o sobě a i když s nimi ještě do jejích 10ti let bydlel, stejně si „žil svůj život v obýváku u televize“. Zpětně ji mrzí, že si jich v dětství víc nevšímal. Je jí také nepříjemné, že si ji hodně prohlíží.

**Nevlastní otec:** Nevlastní otec Danky, se kterým žije posledních 6 let, je podle ní hodný. Vadí jí ale, že je ještě choleričtější než matka – když se mu něco nepovede, hodí s tím o zem. Zdá se jí, podobně jako u vlastního otce, že se taky příliš zajímá jen o sebe a před ostatními neumí vyjádřit, co opravdu cítí. Danka si to vysvětluje tím, že je to jeho první manželství a až do této doby žil sám.

**Sourozenecký systém:** Až do 13ti let vyrůstala Danka jako nejmladší sourozenec. Protože však její o 2 roky starší bratr je mentálně opožděný, musela se o něj celý život starat, čímž v podstatě přebrala roli prvorozeného na sebe. Ve 13ti letech se jí narodil „polorodý“ bratr.

**Bratr:** Danka popisuje bratra jako „pomalejšího“, matka ve vstupním pohovoru uvedla, že má diagnózu „těžší ADHD“. V současné době studuje učiliště. Je rád sám nebo s mladšími dětmi.

**Bratr mladší:** Nejmladšímu bratrovi jsou 3 roky. Danka ho popisuje jako „miláčka“, ale uvědomuje si, že je hodně rozmazlený a matku svým vztekem umí šikovně vydírat. Je hyperaktivní a trpí na chronický zánět hrtanu.

**Dimenze udržování systému (podle ŠRP):** V rodině Danky moc povinností není a jejich plnění není příliš vyžadováno. Oba rodiče jsou velmi benevolentní. Společně obědvají málokdy a volný čas tráví obvykle odděleně. Organizovanost (O 25 perc.) i kontrola (KL 18perc.) jsou podprůměrné i v době, kdy Danka zase odmítá jíst.

### II.3 Emoční vazby v rodinném systému

#### **Vztah mezi Dankou a rodiči**

Danka si všímá, že co je hospitalizovaná na psychiatrii, vztahy se všemi se podstatně zlepšily.

Podle jejích slov je to stejné jako minule – když je tady, začnou si sebe doma víc vážit.

S vlastním otcem má Danka komplikovaný vztah. Měla by k němu jezdit co dva týdny, ale Dance vadí jeho sebestřednost natolik, že po jeho společnosti ani netouží. Jezdí tam spíš kvůli bratrovi, protože pro samotného staršího sourozence by otec nepřišel. To je další věc, která Dance hodně vadí – že jí upřednostňuje před postiženým bratrem (genogram 2).

Vztah s matkou je pro Danku velmi důležitý, což je vidět už na tom, že jídlo začala intenzivněji odmítat vždy, když měla pocit, že o zájem matky přichází – ve 13ti letech to bylo několik měsíců po narození bratra a rok a půl od začátku soužití s nevlastním otcem, sama přiznává, že tehdy přestala jíst kvůli tomu, aby si jí matka konečně všimla. Jíst přestala také v 16ti, když měla odjet na delší dobu do lázní a nakonec hubne teď, asi 3 měsíce po tom, co matka nastoupila po mateřské dovolené do práce.

Vztah s matkou se hodně zlepšil, co je v nemocnici, konečně si zase povídají. Danka cítí, že k ní má v rodině nejbližší a že jí může říct všechno, dokonce jí svěřuje i to, co by nikdy neřekla kamarádkám (v genogramu 4). Protože ale obě mají rády, když mají poslední slovo, jejich hádky bývají dost ostré. Obvykle se týkají jídla nebo toho, že je drzá. Vnímá, že i malý bratr to okoukává a dovoluje si k matce ve 3 letech to, co si říkají ony spolu v Dančiných 17ti.

Nevlastního otce bere Danka tak, že v rodině je, ale nikdy jejím skutečným tátou být ani nemůže (v genogramu 3). Vztah s ním je teď mnohem lepší než dřív – když spolu začali bydlet. S bratrem na něj žárlili, protože měli pocit, že jim bere mámu. Bratr ho přijal ještě méně než ona.

### **Vztah mezi sourozenci**

S oběma sourozenci má Danka vztah trochu odlišný. O staršího bratra má tendence se starat a chránit ho. I když toho moc společného nemají, má ho ráda (genogram 3).

Ve vztahu s nejmladším bratrem byla dřív velká rivalita, což se během posledních let dost změnilo a teď s ním tráví čas moc ráda. Akorát ji mrzí, jak „šikanuje“ matku svými neustálými požadavky. Danka ví, že je bratr vymodlené dítě (genogram dřív 1, teď 5).

### **Vztahy v rodičovském subsystému**

Jak již bylo zmíněno, matka Danky žila se dvěma manželi. S prvním se vztahy hodně zhoršily kolem 9 let Danky, pamatuje si nepříjemné hádky, kvůli kterým často plakala. Nakonec byla i celkem ráda, když kolem jejích 10ti let rodinu opustil, i když jí na druhou stranu mrzelo, že přišla o tátu. Do ideální rodiny by ho teď ale už nechtěla.

Matka se podruhé vdala, když bylo Dance 11, 12 let. Podle výpovědi rodičů je jejich vztah harmonický, manželství označili jako dobré (2 z 5). Podle Danky se aspoň jednou do týdne pohádají, ale není to tak strašné (genogram 4). Ona se už ale vždycky bojí, aby to nedopadlo jako s otcem vlastním. Častým tématem jsou peníze, otec matce zdůrazňuje, že vydělává víc. Dance to připadá, jako kdyby bojoval o vyšší postavení v rodině. On je doma obvykle tím dominantnějším, ale co se týče výchovy, ta je záležitostí spíš matky. Danka cítí, že jsou oba hodně vyčerpaní z práce a z hlídání a vození do nemocnice mladšího bratra.

### **Vztahové dimenze v rodině podle ŠRP**

Podle Dančiných odpovědí v dotazníku ŠRP by její rodina odpovídala rodině orientované na vzájemnou podporu (S 100perc., E 100perc.). Tyto charakteristiky však spíše než celé rodině odpovídají jejímu vztahu s matkou, který se navíc dočasně výrazně zlepšil tím, že je hospitalizovaná. Je pravděpodobné, že kdyby dotazník vyplňovala před přijetím do léčby, odpovědi by vypadaly podstatně odlišně. Možnou úvahou je i částečná idealizace rodiny, po které Danka touží. Když rodinu popisovala vlastními slovy, říkala, že doma volný čas společně moc netráví a že co se týká svěřování, ona svěřuje naprosto vše matce, ovšem co si myslí otec nebo starší bratr, netuší. Konfliktnost Danka vnímá jako průměrnou (K 51).

## **II.4 Výchova v rodinném systému**

### **Interpretace výsledků Dotazníku výchovy**

V rodině je nejdominantnější nevlastní otec, ovšem o výchově rozhoduje hlavně matka. (Ta byla v původní rodině dominantní ve všem, vlastní otec se o chod domácnosti nezajímal.) Oba jsou ale ve výchově velmi benevolentní, vnímané řízení je slabé – otec se k výchově nevyjadřuje a matka jí toho hodně dovolí.

Emoční vztah od současných rodičů je velmi rozdílný. Zatímco otec se k ní staví záporně, vztah ze strany matky Danka vnímá jako extrémně kladný, v čemž je možná i vyjádřeno, jak moc Dance záleží na tom, aby to tak bylo. Výsledný výchovný styl odpovídá 9. poli: záporně-kladný přístup a slabé řízení.

### **Pochvaly a tresty**

Danka si pamatuje, že když ještě bydleli s vlastním otcem, rodiče (především matka) jí hodně zdůrazňovali, jak je vzdělání důležité. Ovšem potom, kdy Danka začala mít s jídlem větší problémy, na ní matka v tomto ohledu přestala tolik tlačit a Danka cítí, že jí i víc chválí. Pouze když je v poslední době matka hodně unavená, Danka má dojem, že se jí nedokáže

zavděčit vůbec ničím. Ze strany nevlastního otce kritiku cítí jako podstatnější, podle Danky poukazuje na její chyby příliš.

Trestů doma Danka moc neměla, maximálně dostala „zaracha“, ale to už muselo být.

### **Vedení k osobnostnímu růstu podle ŠRP**

Všechny hodnoty v této dimenzi jsou kromě orientace na úspěch průměrné. Jak již bylo řečeno, Danka má pocit, že dříve jí význam učení a úspěchů obecně rodiče hodně zdůrazňovali, ovšem po hospitalizaci kvůli mentální anorexii už od nich spíš slýchá, ať se tím netrápí, že jsou na světě důležitější věci (OÚ 16 perc.). Snaha být nejlepší už je podle ní tedy motivovaná spíš Dankou samotnou, než že by to po ní vyžadovali rodiče.

Danka měla vždycky plno koníčků (ARO 45 perc.). Tím, že se musí starat o oba bratry a navíc matka má sama dost práce, byla okolnostmi dotlačena k přijetí jisté samostatnosti (N 52 perc.). I kulturně-rekreační orientace je na spodní hraně průměru (40 perc.).

### **II.5 Subjektivně vnímané zátěžové události a období v rodině i mimo ni**

- 8-10 let: před rozvodem rodičů velké hádky (bez fyzického napadání), hodně plakala
- 11 let: přestup do sportovní třídy: vnímala jako hrozné, počátky hubnutí (nerozuměla si se třídou, posmívali se jí, že je šprt a že se fotila v šatech, ve kterých vypadala jako těhotná)
- 12 let: nastěhování k novému manželovi matky - pocit, že ztrácí matčinu pozornost; bála se nového prostředí a školy, ve které se s nikým nijak zvlášť neskamarádila
- 13 let: narození nejmladšího bratra: velká žárlivost, pocit, že zbytky pozornosti matka věnuje jen bratrovi, jí nic (po 2 měsících následovala hospitalizace kvůli mentální anorexii)
- 16 let: matka nastoupila po mateřské dovolené znovu do práce, vnímala, že jsou rodiče přetažení a více se hádají – do toho si všimla, že ztloustla a zároveň začal na její „břicho a velké nohy“ upozorňovat i její přítel (znovu hospitalizace MA)

## **III SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

### **Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodině**

Sebedestruktivní únik ze situace v Dančině širší rodině ze strany matky zvolil strýc, který se zastřelil.

### **Charakter sebepoškozování**

Danka si poprvé ublížila ve 13ti letech, když byla prvně hospitalizovaná kvůli mentální anorexii. Sama považuje jídlo za větší problém, sebepoškozování je jen něčím „na okraj“.



Tehdy se v nemocnici seznámila s dívkou, která si ubližovala a pomáhalo jí to, tak se rozhodla, že to také zkusí.

Danka si často ubližuje právě kvůli nabraným dekům. Druhým nejčastějším důvodem jsou potom hádky s matkou, které jí velmi mrzí a potřebuje po nich odvést pozornost k něčemu jinému, k bolesti. Tu Danka cítí, i když je přesvědčená, že je mnohem menší než dřív. Své sebepoškozování přirovnává k závislosti v mnoha aspektech: potřebuje závažnější zranění, aby se dostavila očekávaná úleva. Má také pocit, že dřív to dělala kvůli podstatnějším problémům, ale teď už jí stačí jen maličkost a jde se hned pořezat, nedokáže se v tu chvíli ovládnout. Často se před tím třese, zhluboka dýchá. Neřeže se klasicky, ale zjistila, že je bolestivější, když si do kůže žiletku nebo nůžky zaryje, někdy si i dává facky.

Danka si ubližuje, jen když je o samotě, nikomu o tom neříká. Skrývá to i před matkou. Ta to totiž jednou viděla, ale reagovala odsouzením, že to stejně dělá jen jako manifest, aby upoutala její pozornost. I když v hloubi „duše“ Danka tuší, že na tom částečně něco je, tento výrok matky jí tak naštvál, že si další epizody nechává pro sebe.

### **Co by mohl udělat kouzelník pro to, aby sis přestala ubližovat?**

Danka si uvědomuje, že je pro ni hodně důležité, co si o ní ostatní myslí, a má potřebu být se všemi zadobře. Proto by si přála, aby se vůbec s nikým nemusela hádat, především pak s matkou. Z celého rozhovoru jsem měla dojem, že pozornost matky je pro Danku velmi důležitá (i v 17ti letech!) a že když se jí zdá, že o ni přichází, je to pro ni takřka nezvládnutelné.

Současným velkým tématem Danky je ale také jídlo. Proto by kouzelníka požádala také o to, aby nemusela vůbec jíst a nikdo si toho nevšiml a ... aby jí měli všichni rádi.

## **IV ZÁVĚR**

Danka vyrůstala do svých 10ti let s vlastním otcem, matkou a starším bratrem. Po rozvodu rodičů si však matka velmi rychle našla partnera dalšího a ve 13ti letech Danky se jim narodil její nejmladší sourozenec, přičemž až do té doby byla nejmladším sourozencem ona. Vztah s matkou je pro ni velmi důležitý. Proto ani tak citlivě neprožívala snížení kontaktu s otcem po rozvodu, jako spíš jakékoli odloučení od matky nebo ztrátu jejího zájmu. Sama reflektuje, že když poprvé ve 13ti letech začala držet hladovky, dělala to kvůli tomu, aby si jí matka všimla. (Danka vnímá jako svůj zásadnější problém mentální anorexii než sebepoškozování, nicméně i s ním prvně začala ve 13ti letech, když byla hospitalizovaná.) I při dalších epizodách pak byla na čáře života velmi dobře patrná časová souvislost mezi fázemi, kdy

prestávala jíst, a obdobími, kdy se matka musela starat o někoho jiného nebo Danka odjela z domova. Před několika měsíci matka nastoupila po třech a půl letech znovu do práce. Během hospitalizace však Danka opět docílila toho, čeho si všimla už při hospitalizaci předchozích – matka se jí začala zase věnovat. Možná i proto odpovídaly výsledky Dotazníku výchovy týkající se matčina emočního vztahu k Dancovi vztahu extrémně kladnému.

Co se týče vztahu s nevlastním otcem, celkem spolu vychází. I od něj by ale Danka čekala a přála si větší péči. I přesto, že má mladšího sourozence moc ráda, všimá si, že i nevlastní otec se mu více věnuje, a lituje, že se o ni podobně nestaral otec vlastní, který se podle ní zajímá jen sám o sebe. Velkou oporu Danka nenachází ani u staršího bratra, kterého popisovala jako mentálně opožděného. Toho spíš ochraňuje ona, přitom by si sama přála, aby ostatní víc ochraňovali ji.

### **12.1.3 Lukáš**

#### **I OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Lukášovi je 17 let, studuje 2. ročník střední školy chemického zaměření. Po celou dobu základní školy měl známky výborné, jeho výsledkům odpovídal i vysoký intelekt. Následně ale nebyl přijat na gymnázium, což si přála jeho matka, a tak sice šel studovat školu, kterou si přál on, ovšem s kolektivem se prohloubily problémy, až nebyl schopen do školy docházet vůbec a dostal individuální plán. V té době také vyvrcholily problémy doma, přestěhoval se od matky k otci a jeho celkový psychický stav se značně zhoršil.

Vztahy celkově jsou Lukášovým tíživým tématem. S dětmi si nerozuměl už od školky, na základní škole pak zaujal postoj, že lidi vlastně nepotřebuje a že si vystačí sám. Matka mu odmala říkala, že je ošklivý, a tak se musí realizovat jinde než s lidmi, kteří ho nikdy nebudou vyhledávat. I Lukáš přiznává, že se k ostatním chová arogantně a má tendence si na nich (podobně jako matka) spíše všimnout chyb. Pro Lukáše je to obrana, jak se vyrovnat s tím, že nemá moc kamarádů. Celá tato představa o vlastní neatraktivitě a neschopnosti vygradovala v sociální fobii, kdy si Lukáš myslí, že už i lidé na ulici se mu posmívají, je pod neustálou kontrolou, aby se choval tak, jak se má. Zjistil, že je mu nejlépe ve světě počítačových her a přestal vycházet ven úplně. Na hrách se Lukášovi líbí, že je ze všech nejlepší, má respekt, ostatní může vést a když ho někdo štvě, prostě ho zabije. Hry hraje asi posledních 5,6 let den co den, tedy dost dlouho na to, aby aspekty této počítačové komunikace přenášel i do světa reálného: mluvil o výhrách a prohrách, strategiích i o tom, že když ho lidi štvou, cítí vnitřní

chuť je zmlátit a zbavit se jich stejně, jako to dělá ve hře. Jedinou reálnou oporou je mu částečně otec a přítelkyně, se kterou se seznámil přes internet, nicméně nijak zvlášť se o ní v rozhovoru nezmiňoval. Spíš sděloval, jak těžce prožívá, když ho celý život dívky odmítají.

Lukáš má hodně nízké sebevědomí, je přesvědčen o své fyzické neatraktivitě, která ale rozhodně neodpovídá realitě. Má tendence ostatní podezírat, že se mu posmívají. Chtěl by dominovat, ale když ho ostatní neuznávají, rychle se uzavírá nebo je agresivní, k ostatním nebo k sobě. Nikomu se nesvěřuje, protože ostatním nevěří. Svou nízkou představu sám o sobě se snaží kompenzovat upínáním se na nejlepší výsledky, což sám reflektuje. Tím pro něj byly dřív známky, teď je to počítačová hra, kde je mezi „elitou“.

Před příjmem se rapidně zvýšila jeho nedůvěřivost k lidem, odmítal opouštět byt, nakonec nebyl ani schopen odejít do školy. Když to po něm otec požadoval, začal se celý třást. Podle otce jsou tyto přehnané obavy způsobeny příliš kritickou výchovou matky, kterou při příjmu označil jako „*psychický teror*“. Od přestěhování měl Lukáš pocit, jako kdyby se „*to špatný z mamky přesunulo na všechny lidi*“. Byla mu diagnostikována sociální fobie a disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy.

## **II RODINNÁ ANAMNÉZA**

### **II.1 Socioekonomické postavení rodiny**

Lukáš je z velkého města. Poslední rok žije u otce v bytě 1+1, spí v kuchyni, ale má tam pořád pocit většího soukromí než předtím ve větším bytě u matky. Otec je sice pouze vyučen zedníkem, ale pracuje ve strojírenství, kde má slušný příjem.

Matka Lukáše, u které bydlel až do uplynulého roku, vystudovala gymnázium, kvůli narození Lukáše musela ukončit studium filozofické fakulty. Pracovala jako prodavačka, ovšem před několika lety získala předčasný invalidní důchod kvůli problémům se zády. Má částečný úvazek na erotickém video-chatu, kde v současné době pracuje i starší sestra Lukáše. Ta dokončila základní školu, učiliště už nedodělala. Dřív pracovala v trafice nebo jako servírka. Na domácnost částečně přispívá, i když většinu peněz si nechává pro sebe.

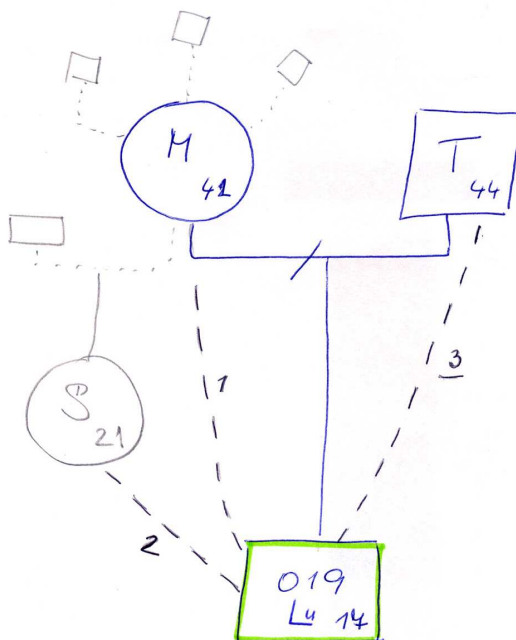
Lukáš se o finanční situaci rodiny během rozhovoru několikrát zmínil. Popisoval, že s penězi vychází těžko. Obvykle měli v lednici jen máslo. Sýry a salámy měly na sobě nalepeny „*lístečky s lebkou*“, což znamenalo, že jsou určeny jen pro návštěvy a nesmí je proto Lukáš jíst.

## II.2 Struktura rodinného systému

Do 12ti let Lukáš vyrůstal s vlastními rodiči a starší sestrou. Asi od 10ti let ale matka začala jezdit do „lázní“, otec jí podezíral, že tam má milence. Z toho plynulo mnoho hádek. Nakonec se prokázalo, že měl pravdu a rodiče se rozvedli. Až po rozvodu vyšlo najevo rodinné tabu, že sestra není vlastní. Jejím otcem je muž, se kterým matka strávila jeden večer.

Po rozvodu měla matka několik partnerů, kteří se k nim nastěhovali, ale zanedlouho je matka zase z bytu vyhodila. S jedním z nich začala hodně pít. Od rozvodu navštěvoval Lukáš otce každý druhý víkend, vztahy mezi nimi se o dost zlepšily, zatímco doma to bylo naopak. Po hádce kvůli tomu, že „*snědl sestře neoznačený sýr z lednice*“, došlo k tomu, že sestru podle Lukášových slov prvně uhodil, načež matka vyhrožovala zavoláním policie. Lukáš necítil svou vinu, a tak se v 16ti letech rozhodl přestěhovat natrvalo k otci. S matkou se viděli několikrát, když se zastavovala a přemlouvala ho, aby se vrátil k ní, ovšem tyto návštěvy měly stejný průběh jako telefonické hovory: nejprve byla matka velmi milá, slibovala, jak budou zase rodina. Pak se Lukáše zeptala, jestli se nechce vrátit a ten když odmítl, začala mu znovu všechno vyčítat a posmívat se jeho psychickým obtížím.

Lukáš by za svou rodinu považoval pouze matku s otcem. Dohodli jsme se, že do genogramu sestru dokreslíme tužkou, stejně jako i naznačíme ostatní partnery matky.



### Genogram č. 3: Rodina Lukáše

**Matka:** Lukáš se matce narodil neplánovaně, když jí bylo 25 let. Sestra o 4 roky dřív. Během posledních let se stala závislou na alkoholu, podle slov Lukáše (i jeho otce) také trpí mentální anorexií, se kterou se neléčí.

Lukášovi se nelíbí, že je matka příliš hádavá, musí mít vždy pravdu. Také cítil, že chtěla, aby byl přesně podle jejích představ – protože „kvůli němu“ nedostudovala vysokou školu, přála si, aby šel na gymnázium a potom na filozofickou fakultu. Byla k němu vždy velmi kritická, ani neví, za co by ji měl tedy ocenit.

**Otec:** Otec je o 2 roky starší než matka, před rozvodem se léčil s depresemi. Lukáš ho lépe poznal až za poslední rok, co u něj bydlí, protože předtím byl doma hodně submisivní. I když k němu má z rodiny nejlepší vztah, poukazoval především na jeho špatné stránky, což možná souvisí i s tím, že je z domova naučen na lidech vidět hlavně to špatné. Podle Lukáše je líný, myslí si, že má vždycky pravdu. Vztah mají spíš kamarádský, hrají spolu PC hry. Líbí se mu, že mu otec nic nevyčítá.

**Sourozenecký subsystém:** I když Lukáš vyrůstal jako nejmladší, neměl nikdy pocit, že by byl rozmazlován nebo upřednostňován, právě naopak.

**Polorodá sestra:** O tom, že o 4 roky starší sestra má jiného vlastního otce než Lukáš, se oba dozvěděli až po rozvodu rodičů. Během dospívání s ní měla matka dost starostí: nedokončila učiliště, studovala jich hned několik. Brzy začala kouřit, kradla. Možná se ani ona v té době doma necítila dobře. Zaměstnání často střídá doposud, v současné době pracuje na erotickém video-chatu.

### **Dimenze udržování systému (podle ŠRP):**

I když byla matka v rodině velmi dominantní, přísná a kritická, v podstatě po Lukášovi nic konkrétního nechtěla, když se dobře učil. Vždycky si našla něco, za co ho ponížit nebo mu vynadat, ale nebylo to nesplnění domluvených pravidel. Těch bylo v rodině jen málo (O 7perc.) a jejich vzájemná kontrola byla taktéž podprůměrná (KL 35). Lukáš si žil doma dost sám pro sebe ve svých počítačových hrách. Žádné společné obědy, žádné společné aktivity.

„Neorganizovanost“ je u otce, kde žije poslední rok, ještě větší.

## **II.3 Emoční vazby v rodinném systému**

### **Vztah mezi Lukášem a rodiči**

Nejbližší vztah má v současné době Lukáš s otcem, i když ani s ním není ideální (genogram

3). Když s nimi ještě bydlel před rozvodem, Lukáš měl pocit, že se o něj vůbec nezajímá. Byl celý den v práci, o všem rozhodovala matka. Po rozvodu se jejich vztah zlepšil, protože Lukáš najednou cítil, že na něm otcí záleží. A také že ho otec umí pochválit a problémy s ním řešit, ne na něj jen křičet. Mají spíš kamarádský než otcovský vztah.

Zato s matkou má teď Lukáš vůbec nejhorší vztah, co kdy měli (genogram 1). Do rozvodu rodičů to ještě jakž takž šlo, Lukáš akorát cítil velké upřednostňování sestry a na svou hlavu velkou kritiku. S rozvodem měl ale pocit, že přišel o otce, a tak si chtěl udržet alespoň matku. Cítil, že v boji o její pozornost se sestrou prohrává. Pak začala matka pít a jejich vztah se vůbec zhoršil, až po několika letech denodenních hádek a výčitek se sbalil a odjel k otci. Za poslední rok se vztahy zhoršily naprosto, matka mu opakovaně volá a přemlouvá ho, aby se vrátil k ní, ale když to odmítne, začne salva nadávek a posměšných poznámek, které jsou pro Lukáše velmi vyčerpávající.

Lukáš během svého dospívání opravdu toužil po tom, aby k sobě s matkou našli cestu. Tato jeho touha paradoxně končila až výhružkami, že ji zabije. Přál by si, aby konečně mohl mít „mámu“, ale zároveň ví, že po konfliktech uplynulých 2 let je to takřka nemožné. Po domluvě s lékařem má matka zákaz návštěv i na oddělení.

Lukáš zpětně lituje, že uvěřil matčiným výrokům, že je ošklivý a nikdy si neporozumí s lidmi, ale už se jich nemůže zbavit a jak se zdá, sám je i rozvíjí. I otec vnímá matčino chování k synovi jako psychický teror. On se ale během života s rodinou za Lukáše nijak výrazně nepostavil, byl v rodině hodně upozadovaný, submisivní.

Jediné babičce, která žije v Čechách, matka navykládala, že je Lukáš blázen, když se léčí na psychiatrii, takže ani k té už nejezdí.

### **Vztah mezi sourozenci**

Lukášův vztah se sestrou byl dřív hodně konfliktní. Měl pocit, že jí matka upřednostňuje a on mohl dělat cokoli, nosit ze školy sebelepší známky, ale stejně byl doma jen tou „šedou eminencí“, které si nikdo nevšímal. Zpětně reflektuje, že hodně bojovali o pozornost matky, hlavně po rozvodu rodičů. V těchto soubojích ale jednoznačně prohrával. Je možné, že i sestra měla podobné pocity třeba kvůli neúspěchům ve studiu (v poradně jí řekli, že není chytrá a že ve škole nic nedokáže), a proto to řešila svou cestou: začala brzy kouřit, dělala průšvihy a kradla.

Co se Lukáš odstěhoval, je jejich vztah trochu lepší, ale stejně se příliš nevyhledávají, Lukáš ji nechtěl mít zakreslenou ani na genogramu (genogram 2). Hodně si dřív nadávali, k fyzickému násilí prý ale došlo jen jedinkrát při poslední hádce, než odešel k otci.

### **Vztahy v rodičovském subsystému**

Rodiče se seznámili, když byla matka v 5. měsíci těhotenství a čekala sestru. I Lukáš se jim narodil neplánovaně. Lukáš vzpomíná, že v předškolním věku a celkem ještě na 1. stupni měli hezký vztah. Jako jediné mu vadilo, že matka vždycky musela být tou dominantní a otcí hodně zdůrazňovala, že má na lepšího partnera a že je vůbec lepší než on.

Ve 12ti letech se rozvedli kvůli tomu, že měla matka jiného milence. Kvůli tomu taky bylo doma mnoho hádek, v té době začal Lukáš intenzivněji hrát počítačové hry. Lukáš byl nakonec celkem rád, že se rodiče rozvedli, věřil, že to pak bude doma lepší. Ale nebylo, protože matka začala pít a domů si vodit různé muže.

### **Vztahové dimenze v rodině podle ŠRP**

Pro rodinu Lukáše (když ještě žil s matkou) jsou nejcharakterističtější hádky, podle klasifikace se jedná o rodinu orientovanou na konflikt (K 70). Lukáš se během povídání opakovaně vracel k tomu, jak se hádali kvůli banalitám a matka ho urážela a sprostě mu nadávala. Zato když přišel ze školy smutný, že se s ním zase nikdo nebavil, řekla mu, ať není slaboch, že to musí zvládnout - podpůrné dimenze jsou podprůměrné. Ohledně soudržnosti Lukáš říkal, že si myslí, že se doma za sebe vzájemně nestaví, žili s představou, že každý si své problémy má vyřešit sám (S 0perc.). Lukáš si zvykl nikomu se nesvěřovat, má zkušenost, že se to vždycky obrátí jen proti němu. Tak to dělají i ostatní členové rodiny (E 19perc.). Pouze v posledním roce se může alespoň s něčím svěřit otci.

## **II.4 Výchova v rodinném systému**

### **Interpretace výsledků Dotazníku výchovy**

I když do 12ti let Lukáše v rodině vyrůstal ještě s otcem, o výchově jednoznačně rozhodovala matka. Lze uvažovat o tom, že právě odtud se bere i jeho touha lidem velet, když celý jeho dosavadní život (kromě posledního roku u otce) žil v silné „nadvládě“, ještě k tomu ženy.

I v dotazníku se ukázal protichůdný způsob výchovy matky a otce. Zatímco s otcem měl Lukáš střední emoční vztah a otec ho řídil slabě, matka k němu přistupovala záporně a řídila ho silně. U ní jsou hodnoty ve všech dimenzích téměř extrémní, což je nejspíš důsledkem i současných vyhozených vztahů.

Do 12ti let byl tedy Lukáš vychováván podle 3. pole (záporný vztah, rozporné řízení), od 12ti pak podle pole 1. (záporné řízení, silný vztah). Poslední rok žije jen u otce, který ho řídí slabě se středním emočním vztahem.

### **Pochvaly a tresty**

Lukáš si uvědomuje, že byl matkou vychováván velmi kriticky. Je velmi pravděpodobné, že jeho současné pocity méněcennosti a fyzické „odpornosti“ (jak to sám nazýval) pramení právě z dětství, kdy o sobě neslyšel nic hezkého ani od matky, ani od vrstevníků.

Otec se k němu v dětství moc nevyjadřoval, od matky pochvalu nepoznal, to až za poslední rok od otce. Matka mu nakonec vyčítala už i jeho samotné narození, kvůli kterému nemohla dokončit vysokou školu. Když se mu něco povedlo, doma na to nereagovali, když byl smutný, řekli mu, že to musí zvládnout. Když donesl dobrou známku, nedělo se nic. Alespoň tak vnímá své dětství Lukáš a podle vstupní zprávy s tím naprosto souhlasí i otec.

Vyloženě trestů matka moc používat nemusela, protože Lukáš průšvihy nedělal. Hned po škole šel domů k počítači. Nejhorší pro něj bylo, když na něj matka zdoluhavě křičela, jak je neschopný, nebo mu prostě nadávala.

### **Vedení k osobnostnímu růstu podle ŠRP**

Z dimenzí vedení k osobnostnímu růstu jsou nejvyšší (tj. v oblasti průměru) nezávislost a orientace na úspěch (N i OÚ 51perc.). Lukášovi bylo vštěpováno, že si své problémy musí vyřešit sám a že se musí dobře učit, aby naplnil nesplněné ambice matky vystudovat vysokou školu.

Intelektálně-kulturní orientace (32perc.) i ta aktivně rekreační (10 perc.) jsou podprůměrné. Na výlety rodina jezdila, jen když byl malý, o kultuře ani politice už se doma nebaví, protože má Lukáš pocit, že toho ví víc.

### **II.5 Subjektivně vnímané zátěžové události a období v rodině i mimo ni**

- 7 let: vnímal, že se s ním děti nechtějí bavit, vyřešil to tím, že přesvědčil na popud matky sám sebe, že je lepší než oni a že je nepotřebuje
- od 10 let: hádky doma: mamka měla milence, Lukáš začal hrát počítačové hry
- 12 let: rozvod rodičů  
mrzelo ho, že nezajímá holky, chtěl je nějak upoutat, ale nevěděl jak
- 14 let: matka se sestrou začaly pít
- 15 let: zklamání, nedostal se na gymnázium



- 16 let: odstěhování se od matky: návštěvy a telefonáty plné výčitek  
zhoršil se psychický stav  
vyhrotily se problémy s třídním kolektivem

### **III SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

#### **Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodině**

Sebedestruktivní tendence v rodině mají matka se sestrou, které hodně pijí, Lukáš je označil za alkoholičky. Matka navíc skoro vůbec nejí, Lukáš si myslí, že má náběh na mentální anorexii (na 170 cm váží 50 kg). V širší rodině spáchal nevlastní otec otce Lukáše sebevraždu.

#### **Charakter sebepoškozování**

Když Lukáš vzpomínal, kdy si začal ubližovat, uvědomil si, že se už na základní škole škrábal po ruku nehty před testy. Záleželo mu na tom, aby byl ve všem nejlepší.

Přímo se záměrným sebepoškozováním potom začal v 15ti letech. Bylo to pár týdnů po tom, co nastoupil na střední školu. Nerozuměl si tam s lidmi, doma se hodně hádal s matkou. Neodepisovala mu dívka, na které mu záleželo, tak ho napadlo si nějak ublížit. Už o tom něco zaslechl, ale moc nevěřil, že by se mu ulevilo. Spíš chtěl být zajímavý, upozornit na sebe. Už poprvé mu ale poškrábání se nůžkami na předloktí přineslo úlevu, pomohl mu především pohled na krev. Měl pocit, že špatná nálada s krví odplouvá. Bolest cítil jen malou, v plné intenzitě se vždy dostaví až později.

Znovu si potom ublížil asi po půl roce, když doma hádky s matkou vrcholily. Pak už to opakoval každý týden. O sebepoškozování mluvil jako o droze, jako o jediném „léku“, který mu pomůže se z „depek“ dostat, a to hned, mnohem účinněji a dlouhodoběji, než kdyby si vzal prášek. Někdy se snažil tuto „automedikaci“ odsunout, říct si, že tentokrát už „neprohráje“. Tvrdil ale, že je to pak ještě horší, protože se to v něm naměstná a ublíží si potom ještě víc.

Matka se o sebepoškozování dozvěděla hned po první epizodě, zapomněl si ránu schovat. Vyhrožovala mu návštěvou u psychologa, proto jizvy před ní už později skrýval, stejně jako i před ostatními lidmi. S otcem se o tom bavili, ale ten neví, jak mu pomoci.

#### **Co by mohl udělat kouzelník pro to, aby sis přestala ubližovat?**

Lukáš vidí svůj hlavní problém v tom, jak vypadá, přičemž uznává, že svůj podíl na tomto pocitu méněcennosti má i matka. Proto by kouzelníka požádal, aby ho proměnil v jiného člověka. Měl by být krásný. Pak by se s ním ostatní bavili a všechno by mu šlo.

Kdyby mohl kouzelník něco změnit na rodičích, přál by si, aby ho mamka nechala na pokoji, nekontaktovala ho. Podle Lukáše už jejich vztah nejde zlepšit.

#### **IV ZÁVĚR**

Lukáš vyrůstal v sociálně slabší rodině, kde byla velmi dominantní matka. I když s nimi otec do jeho 12ti let žil, mužský vzor tam v podstatě chyběl. Byl vychováván velmi kriticky. Matka mu dokola opakovala, že nikdy nebude krásný, proto se musí realizovat v jiné oblasti než ve vztazích s lidmi. Lukáš opravdu moc kamarádů neměl už od školky, a tak jejich nezájem řešil představou, že je nepotřebuje a že je lepší než oni. V době rozvodu rodičů kolem 12ti let se potom upnul kromě dobrých známek, za které doma pochvalu stejně neslyšel, na hraní počítačových her, ve kterých mohl být opravdu dobrý. Po ztrátě otce při rozchodu rodičů začal toužit ještě víc po „lásce“ matky. Hodně o ni soupeřil se starší sestrou, která ale podle Lukáše vítězila. Matka následně začala nadužívat alkohol a hádky doma se vyhrotily natolik, že se Lukáš v 16ti letech natrvalo přestěhoval k otci. Právě v období před odstěhováním se poprvé pořezal. Má pocit, že od přestěhování k otci se jeho nastavení k matce, od které už dopředu věděl, že uslyší jen kritiku, přeneslo nadobro i na všechny lidi okolo. Ze strachu z nich přestal vycházet z domu a ve škole dostal individuální plán. Matka ho emočně vydírá doposud, opakovaně mu volá a prosí ho, aby se vrátil. Když ji odmítne, začne s výčitkami a posměchem. Lukáš má v současné době nejbližší vztah s otcem, ale ani k němu nemá úplný pocit důvěry. Stále touží po uznání matky, což je ale podle něj nemožné.

## 12.2 Souhrnné charakteristiky rodin

Jak již bylo zmíněno, shrnutí charakteristik rodin sledovaných dospívajících není činěno s aspirací na možnost jejich dalšího zobecnění na celou populaci záměrně se poškozujících adolescentů. Cílem tohoto souhrnu je pouze upozornění na tendence objevující se z pohledu 20ti dospívajících dívek a chlapců v jejich rodinách, které může v budoucnu sloužit jako potenciální východisko pro další ověřování.

Protože ne všichni dospívající jsou vychováni svými vlastními rodiči, za rodiče v této kapitole budou považováni ti dospělí, kteří v roli rodiče - pečovatele - jsou či byli, ať už to jsou rodiče vlastní, nevlastní nebo třeba prarodiče, do jejichž péče byl dospívající svěřen.

Níže uvedený přehled v bodech shrnuje základní charakteristiky rodin sledovaných dospívajících, ke kterým bylo dospěno hlubší analýzou jejich výpovědí. Podrobnější informace o jednotlivých závěrech potom nabízí kapitoly následující.

**Socioekonomické postavení rodin:** - Sledovaní dospívající vyrůstají převážně v prostředí socioekonomicky průměrně či spíše podprůměrně situovaném

- **Vzdělání:** - Ve 13ti rodinách dosáhl minimálně jeden z rodičů svého nejvyššího vzdělání na základní škole nebo na odborném učilišti

- Vysokoškolské vzdělání měl alespoň jeden z rodičů ve 3 rodinách

- **Finanční situace:** - Ve 2 rodinách je podle tvrzení dospívajících i rodičů opravdu dobrá

- V 9ti rodinách si na ni stěžovali sami dospívající, aniž by na to byli výslovně dotazováni

**Struktura a emoční vazby v rodinném systému:** - Ke změně struktury rodiny (nezapočítáváno narození mladšího sourozence) došlo v rodinách 15ti dospívajících, u 6ti z nich bylo změn během jejich života více

- **Rodičovský subsystém:**

- V úplné rodině s vlastními rodiči vyrůstá 7 dospívajících z 20ti, z toho vztah mezi rodiči popsali jako harmonický dospívající 4
  - 13 dospívajících zažilo rozvod svých rodičů, někteří i opakovaně (kromě 2 matek si následně všechny ostatní našly dlouhodobější známost)
  - 12 dospívajících dlouhodoběji vyrůstalo s nevlastním rodičem

- Vztah mezi současnými rodiči popsalo 9 dospívajících jako harmonický, hezký, další 4 jako dobrý, normální, zbývajících 7 jako konfliktní
- 9 dospívajících popsalo závažné urážení a bití matky otcem v určitém období jejich života (obvykle vyvrcholilo rozvodem, ale ne vždy)
- V polovině současných rodin dominantní matka, v druhé polovině otec

#### ▪ Sourozenecký subsystém

- V 10ti případech tvořilo sourozenecký subsystém 3 a více sourozenců
- 6 dospívajících vyrůstá v 1 domácnosti s polorodým nebo zcela nevlastním sourozencem/sourozenci
- V rámci sourozenecké konstelace je nejvyšší zastoupení nejmladších dětí (7 po celý život, 4 další do 6ti a více let)
- 5 dospívajících uvedlo sourozeneckou rivalitu o pozornost rodiče jako významný zdroj konfliktů v rodině
- 12 dospívajících mělo pocit, že se o některého sourozence může opřít

#### ▪ Vztah mezi dospívajícím a rodiči

- Po rozvodu rodičů, ke kterému došlo ve 13ti rodinách, zůstalo v péči matek 12 dospívajících, z nich už v současné době s vlastními matkami nežijí další 3 dospívající
- Náklonnost a zájem obou rodičů k dospívajícímu popsali 3 adolescenti, náklonnost a zájem jednoho rodiče dalších 5. Zbývajících 12 dospívajících nemá dobrý vztah ani s jedním rodičem (ani žijícím mimo domácnost), necítí od nich zájem
- V Dotazníku výchovy necítilo kladný emoční vztah ani od jednoho současného rodiče 15 dospívajících
- 9 dospívajících se cítilo být obráno o pozornost matky jiným členem rodiny, což považovali za velmi nepříjemné a obvykle se to snažili alespoň v nějaké fázi života změnit „zlobením“, které vysvětlovali právě tím, že chtěli upoutat pozornost matky (dalších 5 dospívajících by také rádo vztah s matkou zlepšilo, ale už na to rezignovali, protože neví jak)
- 12 dospívajících má vlastního otce, se kterým po rozvodu rodičů delší dobu nežili – dobrý vztah s ním mají 3dospívající, ambivalentní další 3 a jako konfliktní nebo žádný ho popsalo 6 zbývajících dospívajících

- s nevlastním otcem žije v jedné domácnosti 10 dospívajících, 8 z nich však náklonnost z jeho strany nepocítuje (myslí si, že s nimi žije jen kvůli jejich matce, o ně se nezajímá)
- U 15ti z 20ti dospívajících došlo během jejich života k tomu, že s některou z rodičovských postav ztratili kontakt nebo byl rozvodem podstatně narušen (4 – smrt rodiče, 2 – vzdala se jich matka)
- 12 dospívajících projevilo tendenci k nahrazování si blízkého emočního vztahu místo v orientační rodině mimo ni

#### ▪ Dimenze udržování systému podle ŠRP

- Organizovanost: snížená (signifikantně)
- Kontrola: zvýšená (signifikantně pouze při srovnání s normami pro mládež)

#### ▪ Vztahové dimenze podle ŠRP

- Soudržnost: snížená (signifikantně)
- Expresivita: snížená (signifikantně)
- Konfliktnost: zvýšená (signifikantně)

#### Výchova v rodinném systému

##### ▪ Výsledky Dotazníku výchovy: Pro současné rodiny:

- Emoční vztah od obou rodičů zvlášť: kladný emoční vztah - snížený; záporný emoční vztah - zvýšený (vždy signifikantně)
- Jako záporný vnímá vztah otce k nim 12, vztah matek k nim pak 15 dospívajících
- Řízení oběma rodiči zvlášť: zvýšené požadavky i volnost, ovšem pouze požadavky matek zvýšeny signifikantně
- Nejčastějšími způsoby výchovy byly v těchto rodinách 1. (7 dospívajících) a 3. pole (7 dospívajících), tedy oba styly podložené záporným vztahem rodičů – pocit, že vyrůstá v kladném emočním prostředí utvářeném rodiči, měli 4 dospívající

##### ▪ Pochvaly a tresty

- 18 dospívajících uvádělo subjektivně velmi silný pocit, že minimálně v jisté době byli příliš kritizováni, podceňováni a obviňováni za věci, za které podle svého názoru nemohli (matku jako hlavní zdroj kritiky popsalo 9 dospívajících, dalších 5 se cítilo být podceňováno oběma rodiči stejně a zbývajících 4 především otcem)

- vážnějšími formami fyzického trestání bylo vychovááno 7 dospívajících

#### ▪ Dimenze osobnostního růstu podle ŠRP

- Nezávislost: snižena (signifikantně jen za srovnání s normami pro celé rodiny)
- Orientace na úspěch: podle typu norem jednou zvýšená, jednou snižena (ani jednou nesignifikantně)
- Intelektuálně-kulturní orientace: snižena (signifikantně)
- Aktivně-rekreační orientace: snižena (signifikantně)

#### Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému

- Výskyt některé z popsaných forem sebedestruktivního chování i v rámci širší rodiny u 13ti dospívajících
- Jeden nebo více rodičů popsané sebedestruktivní chování zvolil v případě 10ti dospívajících
- Závislost na alkoholu se u některého z rodičů vyskytla v případě 8mi dospívajících, z toho se týkala více rodičů u 3 dospívajících (dále vždy po 1 případě také poruchy příjmu potravy, sebevražedný pokus, sebevražda i záměrné sebepoškozování)
- Mezi sourozenci účastníků výzkumu se sebedestruktivní chování vyskytlo v 7mi rodinách, konkrétně záměrné sebepoškozování v rodinách 4 dospívajících

#### Oceňované aspekty rodinného systému dospívajícím

- Pozitivní vlastnost alespoň jednoho současného rodiče zmínilo 18 dospívajících, přesně polovina potom vidí takovou vlastnost na rodičích obou
- O matkách průměrně uvedli 1,5 pozitivní vlastnosti, o otcích 1,8
- Na současné matce našlo alespoň jednu pozitivní vlastnost 15 dospívajících, na současných otcích o jednoho více
- Na matkách nejvíce dospívajících oceňovalo, že jsou hodné, hezky se s nimi povídá (7), dospívající se jim mohou svěřit (5) a že jsou obětavé (3)
- Na současných otcích nejvíce dospívajících oceňovalo, že se s nimi dá v klidu promluvit o vzájemných problémech bez urážení se a výčitek (6) a že dokáží potěšit a podpořit (4), což o matkách neřekl nikdo
- O rodině jako celku zmínilo jakýkoli jiný pozitivní charakteristiku pouze 7 dospívajících

## **Subjektivně vnímané zátěžové události během vývoje rodinného systému**

### **▪ Do 6ti let**

- Pouze 7 dospívajících prožilo toto období bez patrné zátěže (pokud u 2 z nich nepočítáme jako závažnou zátěž narození mladšího sourozence, což oni jako zátěž vnímali)
- Polovina dospívajících zažila v dětství rozvod rodičů
- Polovina vyrůstala v napjaté atmosféře hádek, z toho 4 byli svědky domácího násilí
- Matky 2 z těchto dětí byly závislé na alkoholu a výchovu přímo zanedbávaly
- 3 dnes již dospívající tehdy vnímali velmi negativně narození mladšího sourozence
- 2 dívky byly sexuálně zneužívány členem rodiny

### **▪ 6-12 let**

- Zátěž mimo rodinu: 8 dospívajících se stalo obětí šikany ve škole, 3 z nich kvůli tomu i změnili třídní kolektiv a další 4 ho museli změnit z jiných důvodů, 2 prožívali obtíže z důvodu neúspěšných vztahů s vrstevníky opačného pohlaví
- Zátěž rodinného charakteru uvedly tři čtvrtiny dospívajících
- O některou z pečujících osob přišlo celkem 6 dospívajících (smrt, nucený odchod, opuštění, rozvod) plus 1 další o sourozence, které matka postupně vyhošťovala
- V konfliktní atmosféře hádek (5) a domácího násilí (2) vyrůstala taktéž více než třetina dětí
- 6 dospívajících v té době velmi obtížně přijímalo matčina nového partnera
- Sexuální zneužívání 2 dívek pokračovalo z předchozího období, tuto zkušenost si navíc prožila i dívka další
- Narození mladšího sourozence bylo velmi náročné pro 1 dívku.

### **▪ 11-13 let**

- Naprostá většina popisovala toto období jako zlomové proto, že si začali více uvědomovat dysfunkční rodinné rysy, které jim dříve tolik nevadily

### **▪ 13-18 let**

- Zátěž mimo rodinu: 5 dospívajících bylo ve škole šikanováno, z toho 3 už i v předchozím období. Náročný byl i pro 4 dospívající přestup do nové třídy, 2 trápily studijní neúspěchy a 2 velmi těžce zvládali rozchod s partnerem/partnerkou. 1 dívka byla znásilněna cizí osobou.

- U poloviny dospívajících se v tomto období ještě prohloubily konflikty s rodiči
- Ve 4 rodinách zesílily konflikty mezi rodiči, a to ve 3 případech až po propuknutí domácího násilí
- 2 dospívající prožili ztrátu vztahu s některým z blízkých členů rodiny (smrt, vynucený odchod, zřeknutí se matkou)
- 3 dospívající se sami nebo s rodinami přestěhovali, což vnímali kvůli konkrétním okolnostem velmi negativně
- I v tomto věku vnímala 1 dívka velmi negativně narození mladšího sourozence

#### ▪ Vývoj do 18ti let

- Zátěžové události se u většiny dospívajících objevovaly ve všech třech fázích vývoje



### 12.2.1 Socioekonomické postavení rodin

Z hlubší kvalitativní analýzy poznatků o vzdělání rodičů, jejich zaměstnání, velikosti bytu, jimi hodnocené finanční situaci i finanční situaci rodiny posuzované dospívajícími se zdá, že dospívající vyrůstají **převážně v prostředí socioekonomicky průměrně či spíše podprůměrně situovaném.**

Z kvantitativního posouzení konkrétně nejvyššího dosaženého vzdělání rodičů, se kterými v současné době dospívající vyrůstá, například vyplynulo, že **13 dospívajících z 20ti vyrůstá v rodinách, kde dosáhl jeden nebo oba rodiče nejvyššího vzdělání na odborném učilišti nebo na škole základní. Naopak vysokoškolské vzdělání měl alespoň jeden z rodičů ve 3 rodinách.** Důležité je ještě dodat, že v žádném z případů se vzdělání předchozích rodičů výrazně nelišilo, bylo spíše nižší než rodiče, se kterým dospívající vyrůstá v současné době.

VZDĚLÁNÍ	POČET RODIN
Oba VŠ	2
Kombinace VŠ a SŠ	1
Oba SŠ	4
Kombinace SŠ a SOU	4
Oba SOU	6
Kombinace ZŠ a SOU	2
Oba ZŠ	1

Tab. č.8: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů

Opakovaně se ukazovalo, že stupeň vzdělání rodičů odpovídal i aspiracím dětí v těchto rodinách. Rodina Martiny tak byla jediná, kde i když rodiče byli vyučeni, její starší sestra vystudovala vysokou školu a ona sama to také plánovala. Plánovali to i ostatní dospívající z rodin, kde byl vysokoškolsky vzdělán již některý z rodičů. Naopak v 5ti dalších rodinách starší sourozenci těchto dospívajících ukončili své vzdělání po absolvování základní školy (byly to rodiny, kde některý z rodičů dosáhl nejvyššího vzdělání základního nebo středního odborného), podobně i Denisa odešla z učiliště a spokojuje se s absolvováním speciální základní školy.

Stejně jako dosažené vzdělání rodičů, i jejich zaměstnání a hodnocení finanční situace rodiny shrnuje tabulka v Příloze č. 2. Z ní je patrné, že profese rodičů jsou různorodé, u konkrétních rodin dokreslují odhad příjmů. Ohledně finanční situace v těchto rodinách lze proto na jejím základě usuzovat na to, že se s velkou pravděpodobností **nejedná o děti rodičů s nadstandardně vysokými příjmy. Opravdu dobře finančně zabezpečeni se zdáli být**

**pouze Radka s Matoušem**, u kterých se shodovaly výroky rodičů při příjmu s výpověďmi dospívajících o tom, že doma s penězi problémy nikdy nebyly, rodiče si mohli mimo jiné dovolit platit těmto dospívajícím soukromé školy. Ostatní dospívající si na nedostatek peněz v domácnosti buď přímými vyjádřeními stěžovali nebo se o nich nezmínili vůbec, přičemž ani jejich rodiče při příjmu neuvedli, že by byla finanční situace rodiny dobrá (tedy na škále hodnota 1, přičemž 2 znamenala situaci průměrnou).

Dospívající na finanční zázemí rodiny přímo dotazováni nebyli. Proto když už se o nouzi nebo naopak o tom, že s dostatkem peněz doma nikdy problém nebyl, sami zmínili v rámci jiného vyprávění, bylo toto vyjádření pojímáno jako relevantní údaj. **Na špatnou finanční situaci tak samo upozornilo 9 dospívajících**, kteří například vyprávěli, jak doma nemívali jídlo, jak pro ně bylo v lednici jen máslo (když se tam objevila nějaká „dobrota“, hned na ní ležel lístek, že je jen pro návštěvy), nebo že pohřeb dědy zruinoval domácí rozpočet.

### **12.2.2 Struktura a emoční vazby v rodinném systému**

Protože struktura rodin velmi úzce souvisí s emočními vazbami, budou v této kapitole obě tyto oblasti (v kasuistikách zvlášť oddělované) z důvodu přehlednosti spojeny dohromady.

Při pohledu na vývoj struktury těchto rodin (a tím pádem i vztahů v systému) je patrné, že se ve většině rodin během života dospívajících změnila (Příloha č. 4). Pokud za změnu struktury budeme považovat všechny změny v členském obsazení kromě narození mladšího sourozence, **k nějaké její změně** (tedy k přijetí nového člena nebo odchodu nějakého původního člena nesouvisející s dosažením plnoletosti sourozence) **došlo u ¾ rodin – uvedlo ji 15 dospívajících. K více než 1 změně potom došlo celkem u 6ti rodin.**

#### **Rodičovský subsystém**

**V rodině s oběma vlastními rodiči vyrůstá ze sledovaných 20ti dospívajících 7**, z nichž navíc ještě Denisa, která trvale pobývala od 15ti do 18ti let ve výchovném ústavu a již 2 roky předtím byla velmi často hospitalizovaná, v posledních letech s rodinou téměř nebyla. Jako **harmonický vztah** popsali v těchto úplných rodinách vztah svých vlastních rodičů **4** dospívající.

Zbývajících **13 dospívajících zažilo rozvod svých rodičů**, někteří i opakovaně. Obvykle zmiňovali, že byli i docela rádi, protože pak přestali být konfrontováni s mnohdy značně vyostřenými hádkami rodičů.

Kromě matky Lukáše, která navazuje s muži jen dočasné vztahy, a Lenky, jejíž matka na muže zanevřela a žije s kamarádkou, si všechny ostatní rozvedené ženy našly dalšího relativně stálého partnera (případně partnery). **12 dospívajících se tak muselo nějakým způsobem vyrovnat se soužitím s nevlastním rodičem**, obvykle s nevlastním otcem, pouze ve 2 případech se jedná o ženu – Bára od smrti matky žije s vlastním otcem a jeho manželkou, Lenky matka spolužije se svou kamarádkou.

Když dospívající byli tázáni na vztah mezi současnými rodiči, **9 z nich ho popsalo jako hezký, harmonický. 4 další občasně hádky** přiznali, ale považovali je za „normální“ a vztah za dobrý. Ne všichni dospívající však z jejich vstřícného vztahu měli radost, především když se jednalo o jejich nevlastní otce. Veronika a Milena se nezávisle na sobě shodly, že jim hezký vztah mezi rodiči přímo vadí, protože se rodiče věnují jen sobě navzájem a na ně pak už nemají hlavně jejich vlastní matky čas.

Při pohledu na vztahy rodičů během celého života už však situace tak příznivá není. 9 dospívajících si pamatuje, jak některý z otců nejenže matku ponižoval a často na ni křičel, ale také ji fyzicky ubližoval a napadal ji, přičemž nikdy tím nebyla myšlena jen jednorázová událost. Z těchto **9 případů probíhalo bití matky otcem** ještě v předškolním věku u 7 dospívajících, Petra a Veronika ho potom prožily až v době dospívání. Klára tak žije celý život – ze všech 3 otců se stali alkoholici, kteří po večerním návratu z hospody matku bili. Ať k násilí na matce docházelo kdykoli, dospívající si ho velmi dobře pamatovali a popisovali, jak se jim stále vrací ve snech.

Co se týče dominance mezi rodiči v současných rodinách dospívajících, ty jsou co do **dominance ženské nebo mužské rodičovské figury rozděleny přesně na polovinu** (pokud pojímáme tetu Lenky jako otcovskou figuru, jak ji i ona charakterizovala, a o Lukášovi a Markovi uvažujeme, jako by žili ještě u matek, kde kromě posledního roku vyrůstali celý život). Znatelný je rozdíl mezi rodinami, kde dospívající vyrůstají stále s vlastními rodiči a těmi, kde jsou vychovávaní otcem nevlastním. Ze 7mi rodin, kde dospívající vyrůstají stále s rodiči vlastními, je v 5ti dominantnější otec, zatímco v 11ti rodinách s nevlastním otcem je tento muž dominantnější pouze v případech 4ech (při započítání tety Lenky stále jako „otce“). Pokud by se jednalo přímo o výchovu dospívajícího, v těchto rodinách s nevlastním rodičem jsou dominantnější ženy vždy kromě případu již zmiňovaného soužití matky s tetou v rodině Lenky. Ukazuje se tedy, že rozvody rodičů a soužití s dalšími partnery v těchto rodinách mají nejspíš souvislost s tím, v kolika rodinách je dominantnější který rodič.

Podrobnější informace o rodičovském subsystému u jednotlivých dospívajících jsou přehledně zpracovány v Příloze č.3.

### Sourozenecký subsystém

Velikost sourozeneckého subsystému se velmi lišila rodinu od rodiny – od pozice jedináčka až po situaci, kdy měl dospívající sourozenců 8. **Sourozenecký subsystém tvořilo 3 a více sourozenců přesně v polovině případů.** Z důvodu již zmiňovaných rozvodů rodičů ve 13ti z 20ti rodin a jejich dalších partnerských vztahů vyrůstá **6 dospívajících v jedné domácnosti s polorodým nebo zcela nevlastním sourozencem/sourozenci.** Především v rodině Báry a Mileny se mísily sourozenci od různých rodičů, vyrůstali s nimi sourozenci vlastní, polorodí i zcela nevlastní. Jednoduchou strukturu neměl ani sourozenecký subsystém Marka, který vyrůstal s 5ti polorodými sourozenci od 4 různých otců a též matky. Dospívající z takovýchto rodin v rozhovoru uváděli, že byli jako sourozenci hodně „rozskupinkováni“, přičemž větší soudržnost vždy nebyla jen mezi potomky stejných rodičů.

POČET SOUROZENCŮ	POČET DOSPÍVAJÍCÍCH
0 sourozenců	2
1 vlastní	6
1 nevlastní	2
2 vlastní	3
1 vlastní, 1 nevlastní	1
3 vlastní	1
4 vlastní	1
2 vlastní a 2 nevlastní (žijí odděleně)	1
5 nevlastních - Marek	1
7 nevlastních, 1 vlastní - Milena	1
6 nevlastních, 2 vlastní - Bára	1

Tab. č.9: Počet sourozenců (nezapočítán dospívající účastník výzkumu)

Tabulka č.10 znázorňuje sourozenecké postavení dospívajících, kteří se záměrně sebepoškozují. **Nejvíce mezi nimi bylo nejmladších dětí,** které buď nejmladšími byli celý život (7 případů) nebo minimálně do 6 let a déle (4 případy), což autoři zabývající se sourozeneckými konstelacemi považují za podstatný věkový rozdíl, a proto mladší sourozence vnímají jako začátek další generace sourozenců (Leman, 2000). Co do počtu by za nimi následovali jedináčci – opět buď ti, kteří jimi byli po celý život (2 dospívající) nebo alespoň do 6 let (2 dospívající). Všechny 6 dospívajících, kterým se narodil mladší sourozenec až po 6. roku věku, zmiňovalo, že jeho narození vnímali jako zátěžovou událost, protože dočasně přišli o pozornost matky. **Tato rivalita s výrazně mladším sourozencem pak přetrvala ve 2 z těchto 6ti rodin až do současnosti (Sofie a Hana), jako podstatný zdroj konfliktní**

atmosféry doma se rivalita se starším nebo se všemi sourozenci jeví také v dalších 3 rodinách (Lenka, Lukáš, Milena).

POŘADÍ NAROZENÍ		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH
Nejstarší		2
Prostřední		3
Nejmladší	celý život	7
	do 6, 9, 9 a 14 let, pak prostřední	4 (Hana, Bára, Klára a Danka)
Jedináček	celý život	2
	do 6 a 7 let, pak nejstarší	2 (Kristýna a Sofie)

Tab. č.10: Pořadí narození

**12 dospívajících** však na druhou stranu uvedlo, že se **o některého ze sourozenců mohou opřít, když se necítí dobře** (kromě jedináčků to tak nemá ještě Aneta, Sofie, Martina, Lenka, Patrik a Lukáš). Pro 6 z nich (Bára, Hanka, Jarmila, Klára, Marek a Milena) byl starší sourozenec doslova podporou a vzorem a ve 2 z těchto případů dokonce i sami dospívající říkali, že jim nejstarší sourozenec nahrazuje zájem a péči, které jim chybí od rodičů (Marek a Milena). O blízkém vztahu s mladším sourozencem zase mluvila například Veronika nebo Kristýna.

Tabulka stručně popisující počet sourozenců a vztahy jednotlivých dospívajících s jejich sourozenci je uvedena jako Příloha č. 4 a 5.

### **Vztah dospívajícího s rodiči**

Z již zmiňovaných 13ti rodin, ve kterých se rodiče rozvedli, **zůstali v péči vlastních matek všichni (alespoň dočasně) kromě Jarmily**, která byla následně vychovávána babičkou a dědou, protože během rozvodového řízení rodičů v jejích 2 letech vyšlo najevo, že její péči vlastní rodiče zanedbávali. **V současné době už u své vlastní matky nevyrostají celkem 4 dospívající.** Kromě Jarmily je to Marek, který je vychováván poslední rok a půl v dětském domově, protože se ho v jeho 14ti letech matka zřekla. Báře matka zemřela, proto vyrůstá od 9ti let s vlastním otcem. Od své matky k vlastnímu otci před rokem utekl také Lukáš.

Právě problematický vztah dívek a chlapců s rodiči byl nejčastějším tématem dospívajících, když mluvili o tom, co je doma trápí. V podstatě **ze všech 20ti dospívajících uvedl pouze jeden (Patrik), že má doma pocit podpory od obou rodičů.** Podobně na tom

**byla ještě Radka**, která ovšem přiznávala, že se u nich o problémech moc nemluví a že se plánuje ve svých 17ti letech brzy odstěhovat. Podobně i **Denisa** na jednu stranu podporu cítí, na druhou ale v rozhovoru opakovaně zmiňovala, že by si ji představovala větší a že je jí stejně lépe v ústavech, kde strávila v podstatě celou dobu dospívání. **Náklonnost jednoho rodiče potom vnímalo dalších 5 dívek a chlapců.** V domácím prostředí ji celkem nachází Matouš od matky, během hospitalizace jí začala více vnímat i Petra taktéž z matčiny strany. Sofie si celkem rozumí s otcem, ale sama touží především po větší náklonnosti matky. Lukáš s Lenkou potom nalézají podporu u svých vlastních otců, kteří s nimi už nebydlí. Oba dva k nim na čas utekli od svých matek bydlet. **Zbývajících 12 dospívajících nemá pocit dobrého vztahu ani s jedním rodičem. Podobný výsledek se ukázal i ve vyhodnocení Dotazníku výchovy (Čáp a Boschek, 1994), kde kladný emoční vztah necítilo ani od jednoho rodiče 14 dospívajících** – 11 dospívajících v něm vnímalo vztah obou rodičů k nim jako záporný, ve 2 dalších případech od jednoho jako záporný a od druhého jako střední. Spadal by tam ještě i **Marek**, který dotazník vyplňoval pro dobu před 1 rokem, kdy vyrůstal u matky a celkem fungoval jeho vztah s nevlastním otcem, který už na něj ale od doby, kdy je v dětském domově, taktéž zanevřel.

Dospívající také opakovaně mluvili o touze po lepším vztahu především s matkou. Měli pocit její nedostatečné pozornosti, kvůli čemuž třeba i přestali jíst nebo začali zanedbávat školu, pili nebo se záměrně sebepoškozovali. Opakovaně se v příbězích objevovala velmi podobná zápletka: o její pozornost bojovali se sourozenci (Sofie, Hana, Lukáš), s novým (Veronika, Lenka) nebo trvalým (Zuzana) partnerem matky, nebo rovnou s novým partnerem i sourozencem (Klára, Danko, Milena). Tedy **téměř v polovině případů měli dospívající pocit, že matka věnuje více pozornosti někomu jinému než jim, a dokázali to sami reflektovat jako pro ně subjektivně velmi nepříjemný aspekt soužití v rodině. Dalších 5 dospívajících (Aneta, Martina, Jarmila, Kristýna a Marek) by strašně rádo vztah s matkou také napravilo,** nebo alespoň v minulosti to tak měli, ale cítí se zoufalí z toho, že neví, jak. Podobně Bára usiluje o zlepšení vztahu s otcem, to je ovšem proto, že vlastní matka, se kterou žila, jí zemřela. Rivalita o otce nebo snaha o upoutání jeho pozornosti se v několika případech také objevila (např. Veronika), ale v daleko menší míře výskytu i významu pro dané dospívající.

Nepočítaje Milenu, které vlastní otec zemřel, 12 z těchto dospívajících má vlastního otce, se kterým od rozvodu rodičů minimálně několik let nežili. (To se změnilo pouze u Báry, která se k němu přestěhovala v 9ti letech po smrti matky, a u Lukáše, který se k němu přestěhoval před rokem, protože už dále nechtěl žít u matky.) **Z těchto 12ti otců s nimi**

**udržují sledovaní dospívající dobrý vztah pouze se 3 (Bára, Lukáš, Lenka), u dalších 3 lze mluvit alespoň o vztahu ambivalentním (Veronika, Patrik, Danko). Zbývajících 6 dospívajících má s vlastním otcem vztah velmi konfliktní nebo se spolu nevidají vůbec.**

S nevlastním otcem žije v jedné rodině celkem 10 dospívajících. Ti **od nich však v 8 z těchto 10 případů náklonnost nepocítují**. Dobrý vztah s ním popsal pouze Patrik, když říkal, že to je nejlepší ze všech tátů, které měl. Celkem s ním byl spokojený i Marek, dokud nebyl umístěn do dětského domova, kdy styk přerušili nadobro. Zbývajících osmice dospívajících měla shodný pocit, že nevlastního otce nezajímají a že s nimi bydlí jen kvůli matce. 3 z nich (Matouš, Veronika a Milena) ho dokonce označili za „cizího člověka“, který se nikdy nemůže stát členem jejich rodiny, protože tam prostě nepatří, není jejich rodič.

Co se týče podpory a emočního zázemí v rodině, s ním může souviset i ztráta nebo vážné přerušení vztahu dítěte s rodičem. **U 15ti z 20ti dospívajících došlo během jejich života k tomu, že s některou z rodičovských postav kontakt ztratili nebo byl rozvodem podstatně narušen** (nebyly započítány případy, kdy k rozvodu došlo, ale rodič se s dospívajícím stýká a mají dobrý vztah). 4em z nich zemřel rodič (Bára – smrt matky, Jarmila – smrt dědy, v jehož péči byla téměř celý život, Milena – smrt otce, Klára – sebevražda nevlastního otce), i Radka přišla o významnou vztahovou postavu, když jí zemřela blízká vychovatelka, která o ni pečovala do jejích 8 let, protože rodiče už tehdy hodně pracovali. 2 dospívající byli definitivně odmítnuti matkou – Tomáš, kterého se matka vzdala a nechala ho jít do dětského domova, a Jarmila, jejíž matka byla zbavena rodičovské odpovědnosti už v jejích 2 letech.

Celkem u 12ti těchto dospívajících (když se nepočítá Patrik, který má s prarodiči blízký vztah proto, že je se sestrou chodí často hlídat) bylo velmi dobře patrné, jak se snaží chybějící vztahy v rodině nahrazovat navazováním vztahů se členy širší rodiny nebo vůbec kdekoli mimo rodinu, přičemž tyto osoby v rozhovoru dospívající uváděli jako svou pravou rodinu nebo je zdůrazňovali v genogramu jako podstatné členy své rodiny. Tabulka č.11 nabízí jejich přehled, v Příloze č. 5 a 6 je potom možné se seznámit s přehledem vztahů mezi jednotlivými dospívajícími a jejich jednotlivými rodiči.

JMÉNO	VZTAHOVÁ OSOBA MIMO ORIENTAČNÍ RODINU
Aneta	– teta (sestra matky)
Zuzana	– skautský oddíl (označila jako svou pravou rodinu)
Martina	– 2 paní učitelky

<b>Hana</b>	– misionářky ze sekty
<b>Radka</b>	– její a sestřin partner (chce se odstěhovat od rodiny)
<b>Kristýna</b>	– babička a děda
<b>Jarmila</b>	– idealizace zdůrazňování role matky v rodině, která byla zbavena rodičovské odpovědnosti a jezdí k nim na návštěvy jen, když potřebuje peníze
<b>Denisa</b>	– kamarádi v ústavech
<b>Veronika</b>	– babičky a hlavně děda (ocení ji i za známky)
<b>Lenka</b>	– babička, kamarádi
<b>Lukáš</b>	– PC hry a komunita lidí kolem nich, kteří spolu komunikují on-line
<b>Milena</b>	– parta kamarádů, jako k rodičům se upíná k polorodému bratrovi s jeho přítelkyní

Tab. č.11: Vztahové osoby mimo orientační rodinu, které dospívající považují za členy své rodinu

### **Dimenze udržování systému podle ŠRP**

Ve Škále rodinného prostředí (Hargašová a Kollárik, 1986) dospívající charakterizovali, jaká je jejich současná rodina<sup>36</sup>. Kromě případu Veroniky tvořila právě tato rodina zázemí, ve kterém se dospívající začali záměrně sebepoškozovat. Výsledné percentily těchto dospívajících byly porovnávány s normami dotazníku pro mládež (16-18 let) i pro celé rodiny doporučené autory i pro individuální vyhodnocování. V rámci dimenzí udržování systému tak byly testovány hypotézy číslo 8 a 9.

Při srovnání hypotézy týkající se organizovanosti rodiny s normami se **struktura rodiny určená jasnými a fungujícími pravidly ukázala být signifikantně nižší** u vzorku záměrně se poškozujících dospívajících (normy pro mládež: průměr 38,1 percentil, p 0,14; normy pro celé rodiny: průměr 40,2, p 0,03).

**Kontrola je v těchto rodinách naopak obvykle zvýšená**, ovšem jako signifikantní se toto navýšení prokázalo jen při srovnání s normami pro mládež (průměr 69,45 percentil, p 0,002), nikoli s normami pro celé rodiny (průměr: 58,75 percentil, p 0,151).

**Tyto celkové výsledky odpovídají i tomu, jak dospívající charakterizovali své rodiny v rozhovoru nezávisle na vyplňovaném dotazníku.**

<sup>36</sup> Výjimkou byli 2 chlapci. Marek, kterého se matka vzdala a poslední rok je v dětském domově, dotazník vyplňoval za dobu, kdy byl ještě u matky. Podobně ho vyplnil i Lukáš za dobu, kdy byl ještě u matky, i když poslední rok tráví u otce.



### **Vztahové dimenze podle ŠRP**

Za užití jednovýběrového T-testu byly s normami srovnávány i hypotézy číslo 1-3. Prokázalo se, že výsledné percentily dospívajících v podpůrných rodinných dimenzích byly podprůměrné a naopak v dimenzi konfliktnosti skórovali signifikantně výše.

Konkrétně co se týče soudržnosti, průměrně výsledky sebepoškozujících se dospívajících odpovídaly 35. percentilu ( $p = 0,023$ ) podle norem pro mládež a 32,2. percentilu ( $p = 0,013$ ) podle norem pro celé rodiny. Srovnání tedy prokázalo, že **tito dospívající vnímají své rodiny jako méně soudržné.**

Další dimenzí poukazující na podpůrnost rodinného prostředí je expresivita, která vyjadřuje, do jaké míry se mohou v rodině její členové otevřeně vyjadřovat a mluvit o tom, co cítí. Při srovnání s oběma normami bylo prokázáno **dokonce na hladině významnosti 0,01, že i expresivita je v těchto rodinách signifikantně nižší než v souborech**, podle kterých byly normy utvářeny (shodné pro oboje normy: průměr 36,45 percentil,  $p = 0,009$ ).

Naopak **konfliktnost rodiny byla signifikantně (opět na hladině 0,01) zvýšená** při porovnávání výsledků těchto dospívajících s oběma normami (normy pro mládež: průměr 70,85 percentil,  $p = 0,00$ ; normy pro celou rodinu: průměr 63,35 percentil,  $p = 0,002$ ).

**Tyto výsledky odpovídají i komentářům dospívajících, jak se k nim vyjadřovali při rozhovoru.**

### **12.2.3 Výchova v rodinném systému**

#### **Výsledky Dotazníku výchovy**

Na základě průměrných hrubých skóre emočního vztahu dospívajících s jejich současnými rodiči<sup>37</sup> byly pomocí jednovýběrového T-testu ověřovány hypotézy číslo 10, 11, 14 a 15 srovnáváním s normami pro skupinu dospívajících dívek. Signifikantně nižší byl kladný emoční vztah vnímaný jak ze strany otců ( $p = 0,012$ ), tak i matek ( $p = 0,013$ ) a naopak vyšší byl vnímaný vztah záporný, taktéž ze strany otců ( $p = 0,003$ ) i matek ( $p = 0,00$ ).

Ohledně testování hypotéz týkajících se způsobu řízení pomocí srovnávání průměrných stenínů (tedy hypotéz č. 12, 13, 16 a 17) se u otců statisticky významná odlišnost od norem neprokázala, ovšem jejich požadavky byly spíše vyšší ( $p = 0,28$ ), stejně jako i jimi

---

<sup>37</sup> U Jarmily byl stále brán v úvahu kromě babičky i děda, který zemřel před půl rokem, v Lenčině rodině byla jako otec posuzována teta, která tam tvrdou mužskou roli zastává, za Tomášovy rodiče byla považována matka s nevlastním otcem, u kterých vyrůstal, než byl umístěn do dětského domova a Lukáš hodnotil vlastní matku i otce, protože je stále hodně oběma ovlivňován.

poskytovaná volnost (p 0,131). Statisticky významně vyšší se však ukázaly požadavky matek na tyto dospívající (p 0,001), zatímco mírně zvýšená volnost už signifikantní nebyla (p 0,59).

Podle zjištění se tedy podařilo ověřit, že **skupina dospívajících, kteří se záměrně sebezpoškozují, vnímají vztah obou rodičů k nim jako statisticky významně méně kladný a více záporný**, než populace, na které byly utvořeny testové normy. Ohledně řízení se podařilo pouze prokázat, že **matky těchto dospívajících na ně mají významně více požadavků**, tento trend se v této skupině objevil i mezi otci, ovšem jejich výsledek byl nesignifikantní. Co se týče volnosti, u obou rodičů byla oproti normám zvýšená, nikoli však signifikantně.

Při srovnání způsobů výchovy u jednotlivých rodičů zvlášť se ukázalo, že **záporný emoční vztah ze strany rodičů vnímá ještě více dospívajících ze strany matek než ze strany otců**, v obou případech je takto vnímána více jak polovina matek i otců, v případě matek potom právě  $\frac{3}{4}$ . Téměř polovina matek i otců potom volí řízení silné, slabé řízení volí více matek než otců.

	EMOČNÍ VZTAH			ŘÍZENÍ	
	Matka	Otec		Matka	Otec
<b>Extrémně kladný</b>	1	1	<b>Silné</b>	9	9
<b>Kladný</b>	3	4	<b>Rozporné</b>	1	2
<b>Střední</b>	1	3	<b>Střední</b>	4	0
<b>Záporný</b>	15	12	<b>Slabé</b>	6	9

Tab. č.12: Způsob výchovy jednotlivými rodiči

Celkový způsob výchovy v rodině odpovídal 4 různým polím. Rozložení četností ve skupině záměrně se poškozuujících dospívajících zachycuje tabulka č. 13.

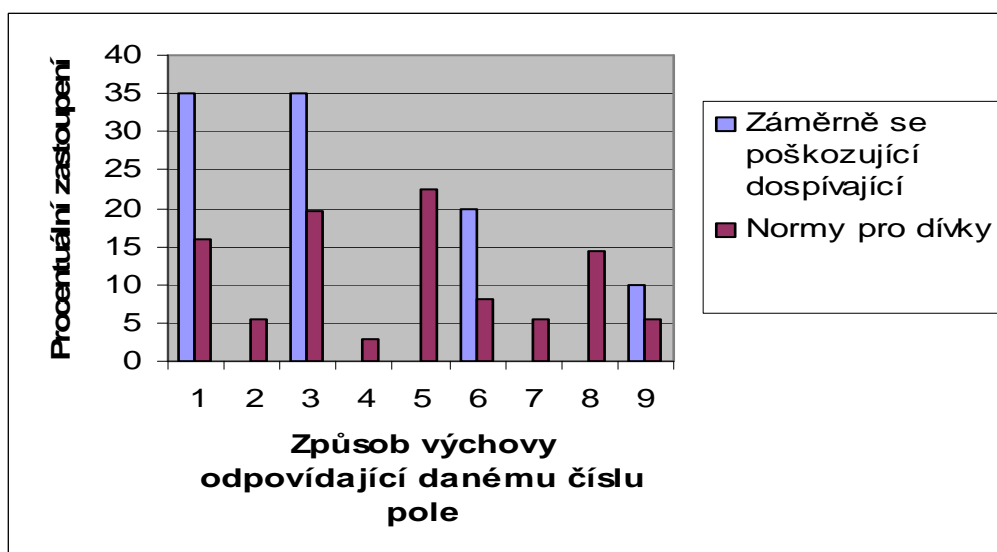
ZPŮSOB VÝCHOVY V RODINĚ	POČET DOSPÍVAJÍCÍCH
<b>1. pole:</b> záporný vztah + silné řízení	7
<b>3. pole:</b> záporný vztah + rozporné řízení	7

<b>6. pole:</b> kladný vztah + slabé řízení	4
<b>9. pole:</b> záporně-kladný vztah (nezávislé na řízení)	2

Tab. č.13: Způsoby výchovy v rodinách záměrně se poškozujících dospívajících

Z této tabulky je patrné, že **pokud byli dospívající v rodinách řízení oběma rodiči silně, vždy to bylo podloženo pouze záporným vztahem**. Je také patrné, že **ve 14ti rodinách volil silné řízení alespoň 1 z rodičů**. Pokud už se v rodině kladný vztah od obou rodičů objevil, vždy naopak svému dítěti dávali velkou volnost. Je také zajímavé si všimnout, kteří dospívající zvolili extrémně kladný vztah s jedním rodičem, že se tak dostali do 9. pole. Prvním byl Tomáš, který si podle mého názoru idealizoval alespoň otce, když už si musel přiznat, že ho matka zavrhl a dokázala ho umístit do dětského domova. Druhou byla zase Danko, které na matce velmi záleží a co je hospitalizovaná, vnímá, že se jejich vztah výrazně zlepšil. Jinak **záporný vztah převažuje podle tohoto dotazníku v celkem 14ti rodinách** a pokud by byl ze zmíněných důvodů extrémně kladný vztah rodiče chápán spíše jako idealizace než realita, přibyli by k nim i tito 2 dospívající. **S pocitem, že vyrůstají v emočně kladně nabitým prostředí vyrůstají ze sledovaných 20ti pouze 4 dospívající.**

Srovnání rozložení výchovného stylu ve sledovaném vzorku a v populaci odpovídající normám znázorňuje obrázek č. 3, kde je patrné, že mezi sledovanými záměrně se poškozujícími dospívajícími je trend ke vnímání vztahu ze strany rodičů zápornější a celkové rozložení výrazně odlišné směrem k převaze 1. a 3. pole.



Obr. č. 3: Srovnání způsobu výchovy v rodinách záměrně se poškozujících dospívajících s normami pro dospívající dívky

## **Pochvaly a tresty**

**O pocitování důvěry a podpory v rodině mluvili na základě přímé otázky pouze 2 dospívající – Radka a Patrik, tedy ti, kteří zároveň uváděli, že jsou svými rodiči kladně vnímáni a emočně laskavě přijímáni. Ostatních 18 dospívajících uvádělo subjektivně velmi silný pocit, že minimálně v jisté době byli příliš kritizováni, podceňováni a obviňováni za věci, za které podle svého názoru nemohli.** Vnímali to jako nespravedlnost, vůči které se nemohli bránit. V několika málo případech (např. Sofie) by se dalo polemizovat, jak závažná kritika a obviňování doma je, ale v naprosté většině případů se popisované kritizování jevílo jako opravdu velmi vážné.

**Matku jako zdroj největší kritiky doma popsalo 9 dospívajících, dalších 5 se cítilo být podceňováno oběma rodiči stejně a zbývajících 4 především otcem.**

Mezi nejhoršími tresty se nejčastěji objevovalo kárání, vyčítání a křik. **Fyzickými tresty bylo po určitou dobu trestáno 7 z nich,** přičemž tímto bitím není míněn pohlavek v dětství, ale vážnější formy tohoto trestání, které i sami dospívající hodnotili jako příliš tvrdé. Pouze Lenka uvedla jako nejhorší trest ignoraci rodičů.

Údaje o jednotlivých dospívajících shrnuje tabulka v příloze č. 6.

## **Dimenze osobnostního růstu podle ŠRP**

Mezi dimenze osobnostního růstu sledované dotazníkem Škála rodinného prostředí patří nezávislost, orientace na osobnostní růst, aktivně-rekreační orientace a intelektuálně-kulturní orientace (Hargašová, Kollárik, 1986). Srovnáním percentilů, které odpovídají charakteristikám rodin záměrně se poškozujících dospívajících pomocí jednovýběrového T-testu byly ověřovány hypotézy číslo 4-7.

Na základě výpočtu průměrného percentilu záměrně se poškozujících dospívajících **v dimenzi nezávislosti se sice ukázalo, že podle norem obou je spíše nižší, ovšem jako signifikantně nižší se tato charakteristika ukázala jen za použití norem pro celé rodiny** (normy pro mládež: průměr 46,7 percentil, p 0,49; normy pro celé rodiny: průměr 40,7 percentil, p 0,049). Zato **orientace na úspěch vyšla při použití odlišných norem jednou vyšší, podruhé nižší, ovšem ani v jednom případě ne signifikantně** (normy pro mládež: průměr 56,6 percentil, p 0,17; normy pro celé rodiny: průměr 45,35 percentil, p 0,287).

Naopak **intelektuálně-kulturní orientace rodin i aktivně-rekreační orientace byli signifikantně nižší za použití obou norem, a to dokonce na hladině významnosti 0, 01** (IKO: normy pro mládež: průměr 38,3percentil, p 0,001; normy pro celé rodiny: průměr 33,2 percentil, p 0,00; ARO: normy pro mládež: průměr 33,05, p 0,00, normy pro celé rodiny:

průměr 38,5 percentil,  $p = 0,007$ ). Nabízí se souvislost s ukazateli spíše nižšího socioekonomického postavení těchto rodin, ovšem průkaznost této úvahy by si žádala hlubší srovnání.

#### 12.2.4 Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému

Sebedestruktivní chování se v rodinách těchto dospívajících vyskytlo ve více jak polovině případů, konkrétně se **neobjevilo v širší rodině, mezi rodiči ani mezi sourozenci v 7mi rodinách.**

Některý z rodičů (nebo více z nich), který o dospívajícího minimálně v určité fázi jeho vývoje trvale pečoval, zvolil **tuto strategii v 10ti rodinách.** Ze sebedestruktivních strategií **převládala závislost na alkoholu, která se vyskytla celkem v 8mi rodinách, v 1 další matka alkohol nadužívala při zvýšeném stresu,** ne trvale, ve 3 z těchto rodin dokonce alkohol nadužívalo více členů rodiny. Mezi rodiči se objevily v 1 případě také poruchy příjmu potravy, sebevražedný pokus, sebevražda i záměrné sebepoškození.

TYP SEBEDESTRUKTIVNÍHO CHOVÁNÍ		POČET TAKOVÝCH RODIN
Sebedestruktivní strategie mezi rodiči celkově		10
Závislost na alkoholu	celkově	8 (+ v 1 případě nadužívání při stresu)
	z toho více rodiči v rodině	3
Poruchy příjmu potravy		1
Sebevražedný pokus		1
Sebevražda		1
Záměrné sebepoškození		1

Tab. č.14: Sebedestruktivní strategie volené rodiči

Sebedestruktivní chování se objevilo **v 7mi rodinách i mezi sourozenci účastníků** výzkumu, ať už mělo jakoukoli podobu (závislost na alkoholu či na drogách, poruchy příjmu potravy nebo přímo záměrné sebepoškození). Konkrétně **záměrné sebepoškození se vyskytlo ve 4 rodinách,** z toho ve 3 u staršího sourozence, 1 u sestry mladší.

Konkrétní výčet sebedestruktivních forem chování u jednotlivých členů rodin sledovaných dospívajících je uveden v příloze č. 8.

### 12.2.5 Oceňované aspekty rodinného systému dospívajícím

Žádný rodinný systém nenese pouze dysfunkční rysy. V rozhovorech byli proto dospívající přímo dotazováni i na to, které vlastnosti se jim na ostatních členech rodiny líbí, aniž by byli limitováni počtem odpovědí. Naprostá většina, konkrétně **18 z nich, dokázala alespoň na jednom ze současných rodičů najít něco hezkého, přesně polovina potom některou vlastnost ocenila na obou rodičích**. Celkem uvedli 30 kladných vlastností o matkách (tedy průměrně každý 1,5 charakteristiky), o otcích 36 (průměrně 1,8 charakteristiky).

Na současné mateřské figuře našlo alespoň nějakou dobrou vlastnost přesně  $\frac{3}{4}$  dospívajících, na otci o 1 méně. Jak je patrné z Tab. č.15, na matkách byly nejčastěji oceňovány „ženské mateřské vlastnosti“, především že je hodná (7), hezky se s ní povídá a dcera/syn se jí může svěřit (5), obětavá (3), citlivá (2), pracovitá (2) a benevolentní (2). Dospívající také zmiňovali některou dovednost (2) nebo že je chytrá (1), ochranu (1), společnou legraci (1), praktičnost (1), upřímnost (1), přátelskost (1) nebo si vážili toho, že se s nimi matka učí (1). U pečovatelů z řad mužů byla naopak nejčastěji zdůrazňována schopnost o problémech v klidu hovořit bez výčitek a ochota odpouštět (6) a že umí potěšit a pochválit (4), což překvapivě o matkách neřekl nikdo podobně jako u matek nepadla spravedlivost (2) a nalezení zastání (2). Vícekrát byla zmíněna i vtipnost otců (3) a společné zájmy s dospívajícím (3). Několik dospívajících si také velmi vážilo toho, že jejich otec dokáže narozdíl od matek udržet tajemství (3). 2 respondenti také zmínili, že obdivují to, jak hezky se nevlastní otec stará o své malé děti, i když tito dospívající takovou péči sami nezažili. Více znázorňuje následující tabulka a Příloha č. 9.

Vlastnost	Matka	Otec
Hodná/ý (příjemná/ý, usměvavá/ý, milá/ý)	7	2
Hezky se s ní/m povídá (naslouchání, může se svěřit – udrží tajemství)	5	3
Obětavost (pomoc, snaží se pro dospívajícího udělat vše co nejlepší)	3	1
Tolerantní (odpouští tresty)	2	2
Má určitou dovednost, společné zájmy (hra na kytaru, sport)	2	3
Citlivá/ý	2	0
Pracovitá/ý	2	0
Je s ní/m legrace	1	3
Učí se spolu	1	2
Chytrá/ý, rozumná/ý	1	1
Ochraňuje ji/ho	1	1
Upřímná/ý	1	1
Praktická/ý	1	0

<b>Přátelská/ý</b>	1	0
<b>Jsou si podobní vlastnostmi s rodičem</b>	0	1
<b>Zastane se jich</b>	0	2
<b>Spravedlivá/ý (drží slovo)</b>	0	2
<b>Hezky se stará o mladšího sourozence</b>	0	2
<b>Umí potěšit a pochválit</b>	0	4
<b>Snadno se usmíruje, je ochoten/ochotna o problémech v klidu mluvit, dokáže odpustit</b>	0	6

Tab. č.15: Pozitivní vlastnosti rodičů podle dospívajících

Na to, **co se dospívajícím líbí na jejich rodinách** celkově už dospívající dotaz nedostávali. I přes to byly celé rozsáhlé rozhovory podrobně analyzovány s cílem odhalit pozitivní sdělení o rodinách respondentů, a to opravdu jakákoli pozitivní sdělení. Takový výrok se vyskytl **pouze u 7mi dospívajících**. Se současným stavem rodiny byl spokojen pouze Matouš a Patrik, vztahy považuje za dobré i Radka, i když ta vzápětí dodala, že ona osobně se doma dobře necítí. Zatímco Barbora se Zuzanou zmínily, že se v rodině cítily dobře dříve, Petra a Klára si podle svých slov s matkami rozumí lépe až v současné době, kdy jsou hospitalizované. Jako pozitivní aspekt dále zmínila například Bára, že když se jí něco nepovede, doma jí podpoří, že to příště bude lepší nebo Patrik si chválil, že o víkendech hrají společenské hry nebo společně koukají na televizi. Podrobnější údaje jsou opět popsány v Příloze č. 9.

#### 12.2.6 Subjektivně vnímané zátěžové události během vývoje rodinného systému

Výběr subjektivně vnímaných životních zátěžových událostí či období v životě sledovaných dospívajících primárně vycházel ze sdělení, které uvedli při technice Čára života. Po rozhovoru o jednotlivých časových úsecích měli dospívající na linku vždy zakreslit pomocí vlnovky svou čáru života zakroucenou podle toho, jak se v té které době cítili a měli. Jako zátěžové tedy považovali ty úseky, které zakreslili jako propad či snížení linky pod osu. Jen několik zátěžových okolností bylo při analýze doplněno druhotně, a to tehdy, pokud lze předpokládat, že událost z anamnézy mohla negativně ovlivnit stav dítěte či dospívajícího, ale ten ho z důvodu nízkého věku v té době či důvodu jiného neuvedl.<sup>38</sup>

<sup>38</sup> U Báry je tak uvažován i fakt, že vyrůstala u matky alkoholičky, což ona zpětně idealizuje jako lepší možnost než být u otce, jak tomu v současné době je. Jarmila zase kvůli tomu, že si na rané dětství nepamatuje, mezi obtížná období nezařadila rozvod rodičů, ani jejich zanedbávání péče, kvůli kterému musela být dočasně umístěna v dětském domově a později byla svěřena novým pečovatelům, babičce a dědovi. Podobně ani Klára nezmínila rozvod rodičů v jejích 2 letech a Patrik odchody otců a hádky mezi rodiči v předškolním věku. Do výčtu v Příloze č. 10 byly oproti nakreslené čáře zaznamenány i Matoušovy problémy s kolektivem, které neuváděl jako zvláštní problém, ale bylo znát, že ho velmi mrzí, že nikoho blízkého nemá.

Trapková s Chválou člení život dítěte a dospívajícího v primární rodině do tří etap analogicky ke třem trimestrům těhotenství (Trapková, Chvála, 2004). Při použití stejného členění je patrné, že hned první fázi, tedy od narození do 6ti let, prožilo **pouze 7 dospívajících bez patrné zátěže** (pokud bychom počítali i narození mladšího sourozence, které dospívající uvedli jako velmi zatěžující, potom by jich takových bylo jen 5). Následující tabulka č.16 shrnuje typy zátěže, kterými si respondenti museli v útlém věku projít. **Přesně polovina přišla alespoň o jednu pečující osobu, když se rodiče rozvedli, polovina vyrůstala v napjaté atmosféře hádek a ve 4 případech i domácího násilí. Ve výchově dvou dětí bylo odhaleno přímo zanedbávání péče matky**, a to u Báry, která vyrůstala u matky závislé na alkoholu, a Kristýny, která byla dokonce z péče matky odňata, prožila rok v dětském domově a následně byla umístěna k prarodičům. **3 dospívající vnímali velmi negativně narození mladšího sourozence** (Hanka, Veronika a Patrik), 2 byly na rozhraní první fáze s druhou **sexuálně zneužívání členem rodiny**, aniž by tomu někdo zabránil (Martina bratrancem a později i jeho kamarádem, Milena dědečkem).

TYP ZÁTĚŽE		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH	
Ztráta pečující osoby	Otce rozvodem	9	10
	Otce i matky odebráním z péče	1	
Konfliktní atmosféra v domácnosti	Vyostřené hádky	6	10
	Hádky a bití matky	4	
Zanedbávání péče matkou		2	
Sexuální obtěžování či zneužívání členem rodiny		2	
Narození mladšího sourozence vnímané jako zátěž		3	
Opakovaná stěhování a změny		1	
Zážitek intenzivního strachu o matku při astmatickém záchvatu		1	
Období domácích krádeží a svalování viny		1	

Tab. č.16: Subjektivně vnímaná zátěž v období do 6ti let

Do 2. fáze v období 7-12 let přesahovaly některá zátěžová období již z období předchozího a **přibýly i obtíže z prostředí mimo rodinu**, především ze školy a od vrstevníků, u Mileny a Lukáše pak už i potíže s partnery opačného pohlaví. **Více jak třetina se v této fázi stala na škole obětí psychické nebo i fyzické šikany** (8 dospívajících), **3 z nich kvůli tomu i změnili třídní kolektiv a další 4 ho museli změnit z jiných důvodů**. I když se tato práce věnuje



primárně rodinnému kontextu záměrného sebepoškozování, obtíže v mimorodinném prostředí dospívající popisovali jako zatěžující natolik, že tu bezpochyby mají své místo. Podrobnější přehled nabízí Tab. č.17.

TYP ZÁTĚŽE		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH	
Šikana	Posmívání se	5	8
	Psychická i fyzická	3	
Změna třídy/školy kvůli šikaně	Jednou	1	3
	Opakovaně	2	
Zatěžující přestup ne z důvodu šikany		4	
Zatěžující chodit do školy, nelíbilo se jim tam		3	
Problémy s vrstevníky opačného pohlaví		2	

Tab. č.17: Zátěž mimo rodinu v období od 7mi do 12ti let

Co se týče rodinného prostředí, konkrétní takovou zátěž uvedly tři čtvrtiny dospívajících. Mezi nejčastější obtíže opět patřila ztráta pečující osoby či sourozence (7) nebo konfliktní atmosféra v rodině (7). Obě tyto nepříjemné zkušenosti musela prožít více jak třetina sledovaných dospívajících. Opakovaně (celkem 6krát) se objevující obtíží bylo také problematické přijetí nového partnera (v případě Lenky kamarádky matky. Tomu podle dospívajících matky věnovaly tolik své pozornosti a zájmu, že už jim nezbyval čas na jejich děti. Sexuální zneužívání dvou děvčat pokračovalo až do této životní etapy, podobnou zkušenost si prožila i Lenka, kterou od 9ti let zneužíval její nevlastní bratr. Narození mladšího sourozence bylo vnímáno jako velmi náročné období už méně dospívajícími než v období předchozím – pouze Sofií.

TYP ZÁTĚŽE		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH	
Konfliktní atmosféra v domácnosti	Vyostřené hádky	5	7
	Hádky a bití matky	2	
Ztráta pečující osoby	Smrt matky	1	7
	Smrt otce	2	
	Smrt vychovatelky	1	
	Odstěhování matky	1	
	Odchod otce (rozvod)	1	
	Nucený odchod sourozenců	1	
Nový nevlastní partner matky/otce v rodině		6	
Sexuální obtěžování či zneužívání v rodině		3	
Zanedbávání péče matkou		1	
Narození sestry		1	

Tab. č.18: Subjektivně vnímaná zátěž v období do 6ti do 12ti let

Přechod mezi 2. a 3. fází, tedy přibližně když bylo dospívajícím 11.-13. let, popisovala **naprostá většina z nich jako zlomovou - jako dobu, kdy si začali více uvědomovat, co jim doma vadí nebo že tam nemají dostatek pozornosti a lásky**. Přesně pro polovinu to bylo natolik významné, že toto období na čáře života zaznamenali prudce klesající linkou s tím, že na ně dysfunkční aspekty jejich rodin plně dolehly. I když se rodinné podmínky ani tolik nezměnily oproti předchozím letem, až v této fázi začali vědomě přemýšlet o tom, co jim doma nevyhovuje. Přibyly proto doma hádky s rodiči nebo dospívající naopak měli tendence od rodiny se odklonit a víc uzavřít do sebe.

Ve 3. fázi, tedy od 13ti do 18ti let, trápily tyto dospívající taktéž jak rodinné, tak i mimorodinné obtíže, tedy kromě nejmladšího 12tiletého Patrika, kterého toto období teprve čeká. Z těch mimorodinných opět **převažovala šikana**, pokračovala u 3 dospívajících (Martina, Jarmila a Matouš), další 2 se s ní setkali poprvé (Sofie a Klára). Náročné byly **pro 4 dospívající i přestupy do nové třídy** (Radka, Klára, Denisa, Matouš) a **studijní neúspěchy** (Kristýna, Lukáš). Matouš s Milenou velmi těžce nesli **rozchod s partnerem/partnerkou**, kvůli kterému se oba pokusili o sebevraždu. Ke 3 dívkám, které byly během dospívání **znásilněny**, přibyla bohužel i Lenka, v současné době je incident prošetřován policií.

TYP ZÁTĚŽE		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH	
Šikana	Pokračující	3	5
	Nově	2	
Zatěžující přestup do nové třídy		4	
Studijní neúspěchy	Opakování ročníku	1	2
	Nepřijetí na SŠ	1	
Rozchody s partnery		2	
Znásilnění mimo rodinu		1	

Tab. č.19: Zátěž mimo rodinu v období od 13ti do 18ti let

Zátěž, kterou na dospívajícího působí rodina, má v této etapě nejčastěji charakter **pokračujících zhoršených vztahů buď mezi rodiči a dospívajícím (10 dospívajících) nebo mezi rodiči samotnými** (Aneta, Veronika, Klára, Petra), **které u 3 z nich přerostlo v domácí násilí**. 3 dospívající také **ztratili kontakt s některým z členů rodiny, ať už to byla smrt dědy, který o Jarmilu od dětství pečoval, nebo vynucený odchod její sestry z rodiny**. Ránu zažil také Marek, když se ho v dospívání matka zřekla a on byl odkázán na život v dětském domově. **Další 3 dospívající byli vlivem okolností nuceni buď se sami,**

**nebo se svými rodinami přestěhovat**, což mělo různé důsledky. Pro již zmíněného Marka ztrátu domova, Matouš už doma nemohl vydržet, tak šel k otci, rodina Veroniky se přestěhovala k příteli matky, čímž ještě více ztratila její pozornost a konečně rodina Kristýny z finančních důvodů k babičce a dědovi, kde ztratili soukromí. Narození mladšího sourozence se v této životní etapě nepříjemně dotklo už jen Danky, a to opět z důvodu již zmiňovaného, že tak matce ubyl čas i zájem věnovat se jí.

TYP ZÁTĚŽE		POČET DOSPÍVAJÍCÍCH	
Pokračující vyostření vztahů s rodiči		10	
Pokračující vyostřené vztahy mezi rodiči	Hádky	1	4
	Domácí násilí	3	
Ztráta člena rodiny	Smrt dědy (pečovatele)	1	3
	Ztráta matky (zřeknutí se syna)	1	
	Nucený odchod sestry	1	
Přestěhování	Rodiny k prarodičům	1	4
	K příteli matky	1	
	Od matky k otci	1	
	Do dětského domova	1	
Pokus babičky – pečovatelky o sebevraždu		1	
Narození mladšího sourozence		1	

Tab. č.20: Subjektivně vnímaná zátěž v období do 12ti do 18ti let

Z výsledků analýzy údajů uvedených v Příloze č. 20 je patrné, že **závažné zátěžové události a období neprovázely většinu dospívajících pouze v jedné konkrétní fázi**, ale postupně se během vývoje nabalovaly.

## 12.3 Diskuse

### 12.3.1 Kvalitativní metodologie a výzkumné cíle

Zde popsany výzkumný projekt byl primárně založen na kvalitativní výzkumné strategii. I kvantifikovatelná data (například ze dvou užitých psychologických testů) byla v rámci kasuistik interpretována převážně kvalitativně. Tato výzkumná strategie byla zvolena z důvodu výzkumných cílů a následně položené výzkumné otázky, která se týkala charakteristik rodin, ve kterých se děti začínou v období dospívání záměrně sebepoškozovat. Toto je téma, kterému v českém prostředí doposud nebyla věnována pozornost odborníků a i zahraničních výzkumů je v této oblasti jen několik. Ty navíc ověřují hypotézy, které nevychází z hlubší analýzy konkrétních rodin, ale jsou spíše podloženy obecnými teoriemi dysfunkčních rodin či teoriemi jinými, případně ověřují závěry výzkumů předchozích na reprezentativnějším vzorku. Z rozhovorů o rodinách i z dalších metod zvolených v rámci této práce vyplynulo, že dospívající souvislost mezi svým rodinným prostředím a volením záměrného sebepoškozování vnímají, což je patrné na jejich příbězích zpracovaných kasuistikami. Ze souhrnných charakteristik všech rodin je zase patrné, že se ve sledovaných rodinách některé potenciální rizikové faktory objevují často a bylo by proto vhodné je pojmut jako podněty k budoucímu ověření na větším vzorku včetně srovnání s kontrolní skupinou, aby se mohlo uvažovat i o jejich zobecnění na populaci širší než je 20 dospívajících, kteří se výzkumu účastnili.

Výzkumná otázka byla položena velmi široce (stejně jako byla i užitá celá paleta metod) z důvodu, aby dospívající měli možnost o svých rodinách promluvit z více různých úhlů pohledu a mohli také sdělit to, co si opravdu myslí, že je v rodině uspokojuje, trápí nebo co je pro jejich rodinu příznačné. To byl další důvod ke zvolení kvalitativní výzkumné strategie. Tato data o rodině byla následně po sběru dat strukturována do pěti oblastí (socioekonomické postavení rodiny, struktura rodinného systému, emoční vazby v rodinném systému, výchova v rodinném systému a sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému), podle kterých byly jak zpracovány rodinné anamnézy v rámci kasuistik, tak se i staly strukturou pro shrnutí základních rodinných charakteristik celého vzorku. I v takto malém výzkumném vzorku se vyskytla velká část rizikových faktorů uvedených v teoretické části, některé by díky tomuto výzkumu navíc mohly být doplněny jako podnět k dalšímu ověření.

### 12.3.2 Výzkumný vzorek

Již zmiňované kvalitativní výzkumné strategii odpovídala i velikost výzkumného souboru (20 dospívajících) a způsob jeho výběru (záměrný výběr přes instituce). Je třeba podotknout, že se dá předpokládat, že charakter záměrného sebepoškozování i rodin se může mezi psychiatrickými pacienty a neklinickými soubory lišit, i když je diskutabilní, jestli vůbec neklinická skupina existuje a nejedná se pouze o ty, kteří nikdy odbornou pomoc nevyhledají. Ovšem v případě dospívajících, kteří kvůli nějaké své obtíži k psychologovi či psychiatrovi nedochází pouze ambulantně a musí být z nějakého důvodu hospitalizováni, se dá očekávat vážnější narušení zdravého psychického vývoje a bylo by proto jistě velmi zajímavé podobný výzkum realizovat i na těch dospívajících, kteří se záměrně sebepoškozují, ale nikdy odbornou pomoc nevyhledali nebo pouze její ambulantní formu. Navíc je třeba brát v úvahu, že zvolená výzkumná skupina může být specifická také proto, že podle výzkumů odbornou pomoc vyhledá maximálně pětina sebepoškozujících se dospívajících (Bjärehed, Lundh, 2008; Brown, Williams, Collins, 2007; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008). Skupiny ostatní jsou však pro výzkumné účely dostupné ještě obtížněji než tato.

Výzkumný soubor tvořili dospívající ve všech třech stádiích dospívání tak, jak ho rozděluje například Macek (Macek, 1999). U mladších dětí jsem vnímala jako limit použitých metod to, že samy nedokázaly rodinnou situaci zcela reflektovat a byly by pro ně vhodnější například projektivní metody. (Například pro Patrika bylo velmi těžké odpovědět na otázku, jací jsou rodiče, komplexněji, než že je „mamka hodná“ a vlastní otec „blb“. V konkrétních případech jsem proto volila otázky týkající se popisu konkrétních situací, když pro tyto mladší dospívající byla abstrakce ještě náročná). Pro následující výzkumy by bylo vhodnější výzkumný vzorek věkově blíže specifikovat, výzkumný plán by ovšem musel být ještě dlouhodobější už kvůli zmiňované nelehké dostupnosti tohoto vzorku.

### 12.3.3 Postup a metody získávání dat

Při získávání dat se mi velmi osvědčil postup, kdy jsem se s každým dospívajícím setkala celkem dvakrát. Téma rodiny bývá pro mnoho dospívajících tématem osobním, a i když o ní bývají zvyklí v rámci léčby mluvit, mnoho podstatných informací sdělili až při druhém setkání. Během polostrukturovaných rozhovorů se stávalo, že dospívající vyprávěli o něčem, co v nich vyvolalo pláč nebo bilancování svého dosavadního života. Byla jsem ráda, že jsem měla oporu ve vzdělání v krizové intervenci, které jsem v rámci nich několikrát využila. Na závěr téměř každého setkání dospívající reflektovali, že jsou rádi, že si o své rodině a

záměrném sebepoškozování mohli s někým promluvit, protože to jsou pro ně důležitá témata a uvědomují si, že by o nich potřebovali mluvit více, než na co je na psychiatrických klinikách časový prostor.

Ze zvolených metod se mi osvědčily všechny včetně zvoleného pořadí. Dotazník výchovy (Čáp, Boschek, 1994) poskytl cenné informace především pro hromadnou deskripci celé skupiny, Škála rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1986) zase poskytla plastický pohled na rodinný systém z různých dimenzí. U té si ovšem někteří dospívající stěžovali na zastaralost některých položek, z toho důvodu ani nebyla interpretována morálně-světónáborová orientace rodiny, z jejíchž položek byl cítit nádech pejorativního pojmání duchovního prožívání.

Obzvlášť se jevily jako přínosné tři metody, jejichž užití nebývá až tak obvyklé. Genogram umožnil základní pohled na rodinu včetně vztahů v ní, osvědčil se i z toho důvodu, že struktura nejedné rodiny byla velmi komplikovaná vzhledem k opakovaným manželstvím a rozvodům rodičů. Obzvlášť bych potom chtěla vyzdvihnout možnosti Testu rodinného prostředí FAST (Gehring, 2005), který slouží nejen jako tématický podnět pro vyprávění o tom, jaké to doma dospívající mají, jaké by si přáli, aby to bylo a jak to u nich vypadá ve chvílích konfliktů, ale také jako projektivní ukázka vztahů doma. V tomto výzkumu byly vzhledem k odlišnosti rodin využity pouze kvalitativní data. K testu přistupovali dospívající velmi odlišně (někdo s ním skončil za 10 minut, s někým jsme o něm vyprávěli téměř celé první setkání), ovšem v rámci konkrétního případu srozumitelně dokresloval charakteristiky tohoto rodinného systému. Čára života na závěr druhého setkání zase umožnila strukturování pořadí informací o tom, které události záměrnému sebepoškozování předcházely a doprovázely ho včetně zachycení celého vývoje a důležitých událostí v něm.

#### **12.3.4 Kasuistiky – jejich tvorba a interpretace**

Každá kasuistika se vždy skládá ze tří částí – osobní anamnézy, nejrozsáhlejší rodinné anamnézy a na závěr z popisu charakteru záměrného sebepoškozování. Již ze zvolených metod je patrné, že vychází primárně z pohledu konkrétního dospívajícího, který je doplněn interpretacemi mými a poznatky psychiatrů, psychologů či rodičů, pokud mi byly sděleny ústní formou nebo jsem se o nich dočetla v lékařské dokumentaci. Vzhledem k cílům tohoto výzkumu, tedy k zabývání se charakteristikami rodinného systému, byl východiskem předpoklad rozpracovaný například kognitivně-behaviorální terapií, že tomu, jak se člověk chová (tedy že se v dospívání začne záměrně sebepoškozovat), odpovídá jeho

kognitivní vnímání a emoční prožívání reality. Je možné, že by rodiče například vztahové či výchovné aspekty rodinného fungování vnímali jinak, ale pro tento výzkum bylo klíčové, jaké je právě pro dospívajícího a podle toho se odvíjí i podoba kasuistik a jejich interpretací.

Zpracované kasuistiky umožňují odborníkům seznámit se s konkrétními případy záměrně se poškozujících dospívajících v kontextu rodinného systému, což je velmi ojedinělé. Ani ve využití zahraniční literatury nebyly popsány kasuistiky k demonstrování rodinného kontextu, případové studie byly orientovány spíše na osobní anamnézu a na záměrné sebepoškozování jako takové. Ve všech kasuistikách v tomto výzkumu se jistá souvislost s rodinným prostředím ukázala, kromě tří dospívajících všichni i sami reflektovali rodinné obtíže jako jednu z dílčích příčin, která přispěla k tomu, že se dostali do situace, kdy si začali záměrně ubližovat, ať už si mysleli, že je rodina k tomu ovlivnila osobnostně (například rodiče posílili ostrou kritikou jejich už tak nízké sebevědomí) nebo způsobenou zátěží (například dlouhodobé konflikty mezi rodiči kvůli alkoholismu jednoho z nich).

Při zpracování kasuistik jsem vycházela především z načerpaných teoretických poznatků i praktických zkušeností, které jsem získala jakožto členka reflexního týmu rodinné terapie ve Středisku pro terapii a rodinnou terapii ve Všeobecné fakultní nemocnici, kam jsem docházela téměř rok. Některé případy jsem rozsáhleji diskutovala i s psychiatry či psychology, především ty, kde se jevily postoje dospívajícího k rodině jako velmi ambivalentní (například případ Marka). Má dohoda s dospívajícími ovšem zněla, že se o tom, co mi budou vyprávět, na oddělení nikdo nedozví (to po mně z tamních pracovníků ani nikdo nežádal), pokud se na informace nebude vztahovat zákonná ohlašovací povinnost. I vzhledem k malým časovým možnostem odborníků jsem s nimi většinu případů diskutovala tedy pouze stručně, což by mohlo být příčinou interpretací ne zcela odpovídajících skutečnosti, alespoň v klíčových bodech rodinné anamnézy však vždy existovala shoda.

### **12.3.5 Souhrnné výsledky**

Jak vyplývá už z popisu tvorby kasuistik, i souhrnné informace o současných či minulých rodinách dospívajících vyplývají primárně z jejich pohledu a z mého způsobu interpretace jejich rodinné situace, který byl podložen ve většině případů názory odborníků na oddělení pouze rámcově v nejdůležitějších bodech.

Srovnávání rodin bylo ztíženo velkým počtem rodin doplněných o nevlastního rodiče, případně i o nevlastní nebo polorodé sourozence. Vyplývalo z něj velké množství výsledků, zde budou diskutovány jen ty uvedené v bodovém shrnutí jakožto ty základní. Jsou srovnány

s již existujícími výzkumy a pokud k takovým výzkumům doposud nedošlo, je na určité faktory zvlášť upozorněno jako na možné podněty pro další zkoumání.

**Jako nejrizikovější faktory se v těchto rodinách zdají být především ty týkající se neharmonických rodinných vztahů. Téměř polovina sledovaných dospívajících byla přítomna tomu, když jejich otec závažně urážel a bil jejich matku. Jako nejhorší však většina z nich hodnotila, že o ně rodiče nejeví takový zájem a nevyjadřují jim takovou náklonnost, jakou by si představovali (mrzí je především špatný vztah s matkou). Rodinu vnímají jako málo soudržnou a naopak velmi konfliktní. Tři čtvrtiny z nich ztratily během svého života kontakt s některým z rodičů, z toho 4 dokonce prožili smrt rodiče a dalších 2 se matka zřekla. Téměř polovina dospívajících otevřeně hovořila o tom, že se snažili pozornost matky získat různými formami rizikového chování, jehož součástí mnohdy bylo i záměrné sebepoškozování. Pro výchovu těchto dospívajících pak byla kromě negativního emočního vztahu typická i značná kritičnost rodičů a zkušenost s mnoha zátěžovými událostmi už od nejranějšího věku.**

**Jako nízká se v těchto rodinách dále jevila jejich organizovanost i ochota všech členů otevřeně mezi sebou hovořit o tom, co opravdu cítí. Dospívající nebyli příliš vedeni k osobnostnímu růstu. Alarmující byl také výskyt sebedestruktivního chování mezi rodiči – v 8mi rodinách byl alespoň jeden z rodičů závislý na alkoholu, přesně u poloviny rodin se pak kromě této závislosti u rodičů vyskytovaly i další sebedestruktivní formy jako poruchy příjmu potravy, sebevražedný pokus, sebevražda nebo záměrné sebepoškozování. I když většina dospívajících zmínila nějakou dobrou vlastnost alespoň jednoho ze současných rodičů, o rodině jako celku vyjádřila jakoukoli dobrou charakteristiku už jen třetina dospívajících, a to během celého rozhovoru. Podle zjištěných socio-ekonomických charakteristik se zdá, že se jedná převážně o rodiny průměrně nebo podprůměrně situované.**

### **Socioekonomické postavení rodin**

Ohledně socioekonomického postavení rodin, ve kterých si děti začnou v období dospívání záměrně ubližovat, nepanuje v již provedených výzkumech jasná shoda (D'Onofrio, 2007a). Existuje příklon spíše k názoru, že bývá v tomto ohledu jejich postavení nižší, což tyto dospívající může limitovat v jejich přístupu ke zdrojům, v postavení ve společnosti i zvyšovat pravděpodobnost podmětově chudého rodinného prostředí (Nixon, Loutier, Jansson, 2008). Na základě kvalitativní analýzy založené spíše na odhadu než na konkrétních datech se ukázaly podobné tendence také ve zvoleném vzorku. Z porovnatelných dat například



vyplývalo, že téměř ve třech čtvrtinách sledovaných rodin (13 případů) dosáhl minimálně jeden z rodičů svého nejvyššího vzdělání na odborném učilišti nebo na základní škole, vysokoškolské vzdělání měl alespoň jeden z rodičů pouze ve 3 rodinách. Finanční situace se zdála být opravdu dobrá pouze ve 2 rodinách, naopak 9 dospívajících si na ni stěžovalo, aniž by na to byli přímo dotazováni.

Na konkrétní aspekty finanční situace rodiny dospívající přímo dotazováni nebyli a tendence ke spíše nižším či středním stupňům vzdělání a mezd rodičů tak buď z rozhovorů samovolně vyplynuly nebo vycházely ze zmínek rodičů uvedených v příjmových zprávách. Význam tohoto závěru tedy není příliš relevantní a slouží spíše jako příspěvek do diskuze a podnět k dalšímu studiu socioekonomického zázemí rodin. Případný budoucí výzkum by měl lépe operacionalizovat, jak socioekonomické postavení rodin zkoumat, zabývat se jím u většího vzorku a následně data porovnat s kontrolní skupinou ideálně na základě vypárování.

### **Struktura a emoční vazby v rodinném systému**

Už Matějček s Langmeierem zdůrazňovali, že podstatnější než materiální zázemí rodiny je zázemí emoční, které rodina dokáže dětem i dospívajícím poskytnout (Langmeier, Matějček, 1963). Z toho vycházel i tento výzkum, který se blíže zaměřoval především na vzájemné vztahy v rodině. Z výsledků je patrné, že ve většině případů tito dospívající velkou oporu v rodině necítí. To samozřejmě může být způsobeno již zmiňovaným subjektivním pohledem těchto dospívajících například pod vlivem depresivní fáze, ovšem cílem tohoto výzkumu nebylo odhalit opravdové příčiny, ale poukázat na rodinný systém tak, jak na něj pohlíží právě tito dospívající.

Z porovnání dimenzí Škály rodinného prostředí s normami vyplynulo, že bývají současné rodiny dospívajících statisticky významně méně soudržné, méně vyjadřují opravdové emoce a naopak jsou zvýšeně konfliktní. Tyto závěry odpovídají již prováděným výzkumům, a to jak ve snížené soudržnosti (Crowell et al., 2008), tak v neprojevení svých obtíží i ostatními členy rodiny, které bylo sledováno u skupiny se sebedestruktivními projevy v širším slova smyslu (Portzky, De Wilde, Van Heeringen, 2008). Je však třeba podotknout, že závěry tohoto výzkumu jsou opravdu jen orientační nejen kvůli nedostatečné velikosti vzorku, ale také z důvodu srovnávání s normami testu, které jsou z 80.let, byly založeny na slovenské populaci a navíc přesně neodpovídají dané populaci v tomto výzkumu (buď se vztahují na „mládež“ ve věku 16-18 let nebo vychází z výpovědí celých rodin). Je také třeba podotknout, že rodiny se nějakým způsobem vyvíjely i v minulosti a tato škála se zaměřuje jen na její současný stav. Ovšem i pokud došlo k rozvodům a do rodiny přibyli noví členové,

ve většině případů je přítomna alespoň matka, která určitou kontinuitu zajišťuje. Přes to všechno se jako signifikantní ukázaly výsledky těchto tří dimenzí v porovnání s oběma normami, a proto by bylo vhodné je jako podnět pro budoucí zkoumání určitě neopomíjet.

S výzkumy, které by se přímo věnovaly dimenzím udržování systému tak, jak je pojímá již zmiňovaná Škála rodinného prostředí, jsem se doposud nesetkala. Jistá podobnost by mohla být s výzkumem Wenze, který ověřil přítomnost anomický vzorců v rodinách, kde se dospívající pokusil o sebevraždu (Wenz, 1979). Především vágnost rodinného uspořádání se objevovala opakovaně v příbězích i v tomto výzkumu sledovaných dospívajících, velká část z nich uváděla, že doma nemívají společné obědy a čas společně netráví ani neplánují, rodiny několik z nich popsalo jako „chaotické“. To se projevilo také v dimenzi organizovanosti rodin, která byla v porovnání s oběma normami významně snižena. Tento aspekt rodinného systému by si jistě zasloužil stát se dalším podnětem k rozsáhlejšímu srovnání (Dimenze Kontroly už tak jasně nevycházela, jevila se spíše zvýšená, ale signifikantně pouze s normami pro mládež.)

Harmonické vztahy v rodině se jevily jako nejproblematictější, ať už na ně bylo nahlíženo z pohledu vztahů mezi rodiči, sourozenci, nebo dospívajícími a jejich rodiči. Co se týče vztahů mezi rodiči, s těmi vlastními vyrůstalo celý život 7 dospívajících, dobré vztahy mezi sebou však měli jen 4 z nich. I když mezi současnými rodiči je vztah dobrý nebo výborný u 13ti z nich, 13 dospívajících zažilo období disharmonie mezi rodiči před rozvodem plus další 3 ji pociťují mezi vlastními rodiči doposud. 9 dospívajících dokonce zažilo, že jejich matky byly otcem v určitém období (minimálně v rozpětí několika let) nejen uráženy, ale také fyzicky bity. Těmto aspektům vztahu mezi rodiči se zatím ani zahraniční výzkumy příliš nevěnovaly, přitom i ty utváří rodinnou atmosféru, která když je konfliktní, stává se pro dospívající zátěží.

Při sledování sourozeneckého subsystému se ukázalo, že nejvyšší zastoupení ve skupině sledovaných sebepoškozujících se dospívajících mají nejmladší děti. Teorie sourozeneckých konstelací se jasně neshodují na tom, které pořadí narození je „nejzranitelnější“. V tomto případě by se dalo uvažovat o tom, že nejmladší děti a jedináčci (kteří ve výskytu následovaly co do frekvence hned za nejmladšími dětmi) jsou v dětství nejvíce zvyklí na péči rodičů, a když jí pak během dospívání z různých důvodů ztratí (rozvod, narození mladšího sourozence, nový přítel matky), je to pro ně velmi těžké přijmout. Co se potom týče vztahů mezi sourozenci, 5 z nich uvedlo, že sourozenecká rivalita stojí v jádru rodinné nepohody, 12 naopak zmínilo, že se o některého ze svých sourozenců může opřít a spolehnout se na něj. Nabízí se úvaha, že někteří dospívající měli velmi silný vztah

s nejstarším sourozencem i proto, že si jím nahrazovali nefungující vztah s rodiči. S výzkumem sourozeneckých vztahů v těchto rodinách jsem se doposud nesetkala.

Jako nejpodstatnější se však v těchto rodinách zdál problematický vztah těchto dospívajících s rodiči. Pociťovaný zájem a náklonnost od obou rodičů popsali pouze 3 dospívající, náklonnost a zájem jednoho rodiče dospívajících 5. Více jak polovina z nich tak nemá dobrý vztah ani s jedním rodičem, ani s tím, který žije mimo jejich domácnost. Podle Dotazníku výchovy pak necítilo kladný emoční vztah ani od jednoho rodiče 15 dospívajících. Tyto čísla jsou podle mého názoru velmi vysoká a odpovídají i pocitům bezmoci těchto dospívajících, kteří mají často pocit, že se doma nemají komu svěřit a nikoho nezajímají.

S tím souvisel i často se objevující scénář příběhů těchto dospívajících (9 případů), kdy se cítili být obráni o pozornost matky jiným členem rodiny, což považovali za velmi nepříjemné a obvykle se to snažili alespoň v nějaké fázi života změnit „zlobením“, které vysvětlovali právě tím, že chtěli upoutat pozornost matky (dalších 5 dospívajících by také rádo vztah s matkou zlepšilo, ale už na to rezignovali, protože neví jak). Matky bývaly tou osobou, o koho dospívající nejvíce stály, ale jejíž přízně se jim často nedostávalo. Ohledně vztahů s vlastním otcem po rozvodu rodičů jen 3 dospívající z 12 uvedli, že je dobrý a vídají se, s nevlastním otcem pak žije v 1 domácnosti 10 dospívajících, 8 z nich však náklonnost z jeho strany nepociťuje.

Tyto výsledky odpovídají již realizovaným rozsáhlejšími výzkumům, ve kterých dospívající popisovali postoj svých rodičů k nim jako méně laskavý (Diamond et al., 2005; Gratz, Conrad, Roemer, 2002; Marchetto, 2006) a i sami dospívající ke svým rodičům pociťovali méně pozitivních emocí (Bjärehed, Lundh, 2008). V případě tohoto výzkumu však byly vztahy rozebrány nejen dohromady, ale i konkrétně s každým rodičem zvlášť.

V životním příběhu těchto dospívajících se také velmi často objevovalo, že byl jejich vztah s některým rodičem přetržen nebo vážně narušen – dokonce u tří čtvrtin z nich, přičemž u některých i opakovaně. Tím lze vysvětlit i důvod, proč 12 těchto dospívajících má tendence utvářet si velmi blízké vztahy mimo orientační rodinu, když v ní vazby chybí. Už podle teorie attachmentu Ainsworth a Bowlbyho lze předpokládat, že životní okolnost přetržení vazby s rodičem, natož v dětství, je velmi nepříznivým zážitkem pro zdravý vývoj osobnosti člověka (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1966, 1979). Této životní zkušenosti se taktéž doposud žádný výzkum nevěnoval.

## **Výchova v rodinném systému**

Konkrétní výsledky ohledně výchovy přineslo vyhodnocení Dotazníku výchovy (Čáp, Boschek, 1994). Při celkovém porovnání s normami testu se ukázal významný především již zmiňovaný vnímaný emoční vztah od rodičů. Měřeno pro oba zvlášť byl průměrný kladný vztah statisticky významně nižší a průměrný záporný vztah naopak vyšší (konkrétně od svého současného otce vnímalo 12 dospívajících vztah jako záporný, od matek ho tak vnímalo dospívajících ještě víc, celkem 15). Opět se tedy ukázalo, že tito dospívající vnímají, že vyrůstají v nelaskavém prostředí. Řízení i volnost potom byli oproti průměru zvýšené, ovšem signifikantně pouze komponenta požadavků a pouze od matek. Nejčastější způsob výchovy pak v 7 případech odpovídal poli 1. (záporný emoční vztah-silné řízení), v 7 dalších poli 7. (záporný emoční vztah – rozporné řízení), tedy oběma podloženými záporným vztahem.

Co se týče srovnávání s normami, jednalo se o normy pro dospívající dívky, navíc i kvůli malému vzorku je toto srovnání třeba brát pouze jako orientační. V porovnání se zahraničními výzkumy však i tyto výsledky zcela odpovídají těm dosud známým, především co se týče emočního vztahu, včetně menší vnímané podpory ze strany matek (Diamond et al., 2005; Marchetto, 2006). Marchetto dále prokázal ve výchově sebepoškozujících se dospívajících přílišný dohled a zasahování oběma rodiči (Marchetto, 2006), Diamond s kolegy pouze matkou (Diamond et al., 2005). Při pohledu na takovýto způsob výchovy z pohledu vývojových úkolů dospívajících, jak je specifikoval Plante (především dosažení identity, intimity a autonomie), se nabízí úvaha, že dospívajícím v těchto rodinách může chybět péče a dostatečné emoční zázemí pro zdravý vývoj jejich identity a na druhou stranu mají nedostatek autonomie pro osamostatňování se. Sebepoškozování by potom mohlo být prostředkem (více či méně vědomě reflektovaným) k tomu, aby si dospívající zajistil výhodnější podmínky pro naplnění svých vývojových úkolů.

Dalším sledovaným aspektem v rámci výchovy byly pochvaly a tresty v rodině. Konkrétně téma pocitu přehnané kritiky a nespravedlivého obviňování rodiči vyvstalo až následně po prvních rozhovorech, kde o tom dospívající začali mluvit sami, přičemž to považovali za téma pro jejich rodinu velmi podstatné. Při shrnutí všech výsledků se nakonec ukázalo, že pouze 2 z nich doma cítí podporu nebo kritiku rovnoměrně s pochvalami vyváženou, kdežto zbývajících 18 dospívajících se cítilo minimálně za přítomnosti jistého rodiče kritizováno nepatřičně, včetně podceňování a obviňování za věci, za které podle svého názoru nemohli. Ve většině případů byla hlavním zdrojem této kritiky matka – v 9 případech, dalších 5 se cítilo být podceňováno oběma rodiči stejně a zbývajících 4 především otcem. V těchto rodinách tedy rozhodně nepřevažovalo obvyklé rozložení rolí, kdy žena je postavou

akceptující a muž tou vyžadující a „popichující“ k lepšímu výkonu, tedy potenciálně o něco kritičtější (Trapková, Chvála, 2004). Podobné závěry potvrdil i rozsáhlejší zahraniční výzkum (Yates, Tracy, Luthar, 2008). Jeho autoři vysvětlují neblahý vliv přehnané kritiky především narušením vztahů dospívajících s rodiči a tím pádem i horší schopnost navazovat vztahy s dalšími lidmi. Tento způsob výchovy však může ovlivnit i způsob formování osobnosti během jejího vývoje například snížením hodnoty sebe samých a tím pádem i přispět k tomu, že dospívajícímu nevádí vztahovat ruku na sebe a své tělo, když nevnímá jeho hodnotu.

Vážnějšími formami fyzického trestání pak bylo vychovááno 7 dospívajících. Zvýšený výskyt přímo fyzického týrání v dětství byl již kvantitativně ověřen v minulosti (Warm, Murray, Fox, 2002).

Z dimenzí osobnostního růstu podle ŠRP se při srovnání s oběma normami ukázaly jako statisticky významně snížené dimenze dvě: intelektuálně-kulturní orientace a aktivně-rekreační orientace. Dospívající často uváděli, že volný čas tráví venku nebo sledováním televize. Je možné že toto zdánlivě podmětově chudé prostředí má souvislost i s uvažovaným nižším socioekonomickým postavením těchto rodin. Jako signifikantně snížená pouze při užití norem pro celé rodiny byla ještě snížená podpora v nezávislosti dospívajících, která by si zasloužila ještě další ověření. Právě její snížení může být jednou z příčin toho, že dospívající nevěří, že problémy nezvládnou řešit jinak než právě záměrným sebepoškozením.

### **Sebedestruktivní chování v širším slova smyslu v rodinném systému**

Z podrobné analýzy výpovědí dospívajících i poznámek v lékařské dokumentaci vyplynulo, že ve 13ti rodinách sledovaných dospívajících někdo sebedestruktivní chování zvolil. Pokud byly sledovány pouze rodiče, mezi nimi toto chování zvolil někdo přesně u poloviny dospívajících. Nejobvyklejší byla závislost na alkoholu, která se vyskytla u 8mi dospívajících, dále to byly například poruchy příjmu potravy, sebevražedný pokus, sebevražda nebo záměrné sebepoškozování. Nasnadě je úvaha o přenosu sebedestruktivních strategií zvládání obtíží transgeneračně a zároveň i předpoklad, že například závislost na alkoholu negativně ovlivňuje vztah mezi dospívajícím a rodičem a narušuje celkovou rodinnou harmonii. S podrobným výzkumem sebedestruktivního chování v rodině jsem se doposud nesetkala, ovšem vzhledem k relativně vysokému výskytu v popsaném vzorku by se mi další zkoumání jevilo jako zcela adekvátní.

Popsané sebedestruktivní strategie se objevily v 6ti rodinách i mezi sourozenci dospívajících, záměrné sebepoškozování konkrétně u 4 sourozenců. Ani mezi sourozenci jsem se nesetkala s relevantním výzkumem, který by význam možného ovlivnění blíže zkoumal, i

když se obvykle blízký vztah s člověkem, který se záměrně sebepoškozuje, za rizikový faktor považuje.

### **Oceňované aspekty rodinného systému dospívajícím**

Protože se v podstatě veškeré analyzované rodinné aspekty vztahovaly převážně k dysfunkčním charakteristikám rodin, rozhodla jsem se blíže analyzovat také zmínky pozitivní, tedy zjistit, co se sledovaným dospívajícím na jejich rodinách líbí. S podobným výzkumem jsem se ve vztahu k záměrnému sebepoškození doposud nesetkala, srovnání tedy není možné.

I když většina respondentů na přímou otázku, co se jim na jejich rodičích líbí, dokázala najít kladnou charakteristiku alespoň jednoho rodiče, cokoli pozitivního o rodině jako takové zmínilo během celého rozhovoru pouze 7 z nich. Je nutné dodat, že během rozhovorů přímá otázka typu „*Co se ti líbí na vaší rodině*“ nezazněla. O to více se však tento závěr zdá být více vypovídající o rodinném prostředí dospívajících, kteří své problémy řeší záměrným sebepoškozením. Na druhou stranu by ovšem určitě mělo i svůj význam v obdobně laděném výzkumu podobnou otázku přímo položit a s dospívajícími zapátrat po tom, které charakteristiky fungují a v rodině se daří.

Zmíněných pozitivních charakteristik rodičů by se ve fungující rodině dalo očekávat více – v tomto výzkumu respondenti průměrně zmínili 1,5 charakteristiky o matce a 1,8 o jejím současném partnerovi. U matek převažovaly „ženské vlastnosti“ jako že je hodná, obětavá, ochotná naslouchat apod. Překvapivé bylo, že charakteristika, že umí potěšit a pochválit, zazněla jen ve vztahu k otcům, na kterých byl také nejčastěji oceňován snadnější průběh řešení vzájemných konfliktů a ochota odpouštět. Jak již bylo zmíněno bohužel jsem se nesetkala s obdobným výzkumem, který by nabízel srovnání sledované skupiny.

### **Subjektivně vnímané zátěžové události během vývoje rodinného systému**

Zátěžové události, které byly braty v úvahu, vycházely primárně ze subjektivních vyjádření dospívajících, když měly nakreslit svoji „*čáru života*“. Jen několik opravdu významných událostí bylo druhotně doplněno, což je blíže rozebráno ve výsledkové části práce. Z důvodu takového výběru událostí považovaných za „*zátěžové*“ lze tedy uvažovat o tom, že některé skutečnosti, které reálně narušily vývoj dospívajícího, zohledňovány nebyly, protože je dospívající tak sám nereflektuje. Při výzkumné spolupráci s celou rodinou nebo odborníky by jistě bylo možné spektrum faktických zátěžových okolností rozšířit či naopak zúžit, na druhou

stranu zvoleným postupem lze poukázat na aspekty, které jsou pro samotné respondenty nejvýznamnější.

K analýze dynamiky zátěžových změn v životě respondentů bylo využito základního členění života rodiny s dětmi podle Trapkové s Chválou, přičemž každá etapa má své charakteristické rysy (Trapková, Chvála, 2004). Proto i zátěžové události prožívané jako zásadní měly blízký vztah k jednotlivých fázích vývoje člověka i rodinného systému. Do 6ti let činily dětem obtíže jen rodinné záležitosti, ve 2. fázi k nim přibyla škola a v té 3. se například dva dospívající pokusili o sebevraždu kvůli nešťastné lásce.

První fázi považují Trapková s Chválou (podobně jako první trimestr v těhotenství) za nejrizikovější období, ve kterém se vytváří jádro osobnosti a přílišná zátěž poznamená člověka nejvíce (Trapková, Chvála, 2004). Ze sledovaných dospívajících jich v tomto období neuvedlo žádnou významnější zátěž pouze 5. Mezi nejčastější formy zátěže u těch ostatních patřila ztráta otce, případně i matky po rozvodu (10 dětí) nebo velmi konfliktní atmosféra doma, kterou někdy ještě zhoršovaly projevy domácího násilí (10 dětí). Už v tomto věku prožily 2 děti sexuální zneužití a ve věku pozdějším se staly jeho oběťmi další 2 dívky.

I ve druhé fázi, tedy mezi 6. a 12. rokem, zůstala mezi nejčastějšími potížemi dospívajících především domácí atmosféra ostrých hádek někdy i s příměsí bití matky (7 dospívajících). Také častá ztráta kontaktu s blízkými osobami už nebyla tolik zapříčiněna rozvody, ale spíše jinými okolnostmi - smrtí blízkého, dobrovolným opuštěním dospívajícího nebo vynuceným odchodem starších sourozenců matkou (7 dospívajících). Jako nově se objevující zátěž přibýly obtíže s novým matčíným partnerem (6 dospívajících). Další obtíže jsou podrobně rozepsány ve výsledkové části práce.

V období přechodu mezi 2. a 3. fází, neboli kolem 11.-13. roku, většina dospívajících prudce svedla kreslenou čáru dolů, což slovně doprovodili tím, že si začali více uvědomovat, co se jim doma nelíbí a že se tam necítí dobře. Toto uvědomění nesouviselo s konkrétní událostí v rodině, spíše se jednalo o důsledek vývojových změn, kdy jim najednou dříve tolerované dysfunkční aspekty začaly významně vadit. S tím přibýlo i hádek s rodiči a vzájemných rozporů

Ve třetí, poslední fázi (12-18 let), se tyto konflikty mezi rodiči a dospívajícím dále prohlubovaly u poloviny z nich, ve 4 rodinách se přiosťřily i rozpory mezi rodiči většinou s doprovodným násilím na matce. Tyto konflikty měly své jádro už v předchozí fázi, akorát v této eskalovaly a nabyly větších rozměrů. Ostatní obtíže, které dospívající v tomto období prožili, jsou v podstatě jen jejich důsledkem a jsou opět rozebrány v kapitole 12.2.6.

Při podrobné analýze se ukázalo, že zátěžové okolnosti provází tyto dospívající celkem rovnoměrně po celý život, nejsou tedy otázkou jen jednorázové události, po které by si dospívající ublížil. Zároveň se ve většině případů nejedná o zátěž nijak zveličenou, ale o skutečnosti, které mohou mít na vývoj osobnosti člověka značný vliv.

S podobným výzkumem jsem se doposud nesetkala, proto není možné výše popsaný zobecněný cyklus nejčastějších obtíží porovnat s výsledky jinými.

### **12.3.6 Implikace výsledků výzkumu do praxe**

Z kasuistik i souhrnných výsledků výzkumu vyplynulo, že dospívající, kteří se záměrně sebepoškozují, vyrůstají ve většině případů v rodinném prostředí, pro které je charakteristická celá řada dysfunkčních aspektů. I tito dospívající sami obvykle vnímají svůj rodinný systém jako podstatný kontext pro volení sebedestruktivní strategie zvládání obtíží. Zdá se tedy, že pro lepší porozumění záměrnému sebepoškozování by se na něj nemělo pohlížet pouze jako na izolovaný fenomén (popřípadě pouze z perspektivy osobnostní patologie), ale dospívající by měl být dotazován i na rodinné souvislosti - možnou sociální oporu nebo naopak zátěž.

Co se týče prevence záměrného sebepoškozování, výsledky výzkumu poukazují na to, že posilování zdravých rodinných vztahů by mělo být její podstatnou součástí. Podobně by se i intervence neměly orientovat pouze na individuální psychoterapii dospívajícího (popřípadě psychoterapii skupinovou), ale terapeutická činnost by měla být navíc zaměřena i na práci s celou rodinou. Častou bariérou k realizaci rodinné terapie bývá obtížné namotivování ostatních členů rodiny. Ovšem domnívám se, že pokud by odborníci rodičům více zdůrazňovali význam jejich zapojení do terapeutického procesu pro zlepšení prognózy jejich dětí, ochota rodičů spolupracovat by mohla být vyšší. V rozhovorech naprostá většina dospívajících zmiňovala dojem, že pro své rodiče nejsou dost dobří a že je snad ani nemají rádi. Rodinná terapie by mohla být bezpečným prostorem, kde si své obavy a rodinné konflikty vzájemně vyříkat a zároveň posílit ty aspekty rodinného fungování, se kterými jsou její členové spokojeni.

Na rozdíl od zahraničí v České republice doposud neexistuje ucelený program, který by se léčbě záměrného sebepoškozování komplexně věnoval. Právě tento výzkum by se mohl stát jedním z několika mála českých zdrojů o tom, s jakými problémy se ve svých životech sebepoškozující se dospívající setkávají a co by rádi změnili, ale neví jak. Může být také návodem, čeho si v jejich příbězích více všimnout a na co se následně v terapeutické práci zaměřit.



## ZÁVĚR

Výskyt záměrného sebepoškozování se mezi klientelou psychologů, kteří pracují s dospívajícími, během posledních let značně zvýšil (D'Onofrio, 2007a; Hollander, 2008). I přesto zatím v české literatuře existuje jen několik málo zdrojů, které by se mu podrobněji věnovaly. Tato rigorózní práce je tedy snahou zprostředkovat českým odborníkům poznatky, ke kterým dospěli převážně zahraniční autoři v desítkách výzkumů i ve vlastní praxi. Zvlášť upozorňuje na rodinný kontext záměrného sebepoškozování, jemuž se podrobně věnuje nejen teoretická, ale především praktická část.

Záměrné sebepoškozování je v celé práci pojímáno jako copingová strategie zvládání nežádoucích emočních stavů, jejímž cílem není vědomé způsobení si smrti (Favazza, 1996). Podrobnější definici se věnuje celá první kapitola, na kterou navazují kapitoly další týkající se výskytu tohoto chování v populaci, důvodů jeho volení, průběhu aktu sebepoškození a bio-psycho-sociálním rizikovým faktorům. Oproti práci diplomové se práce rigorózní podrobněji věnuje i klinickému pohledu na sebepoškozování (z důvodu umožnění lepšího porozumění skupině respondentů) a v praxi tolik důležité prevenci a terapii. Konkrétně na rodinný systém a jeho charakteristiky a konečně i na rodinné rizikové faktory se zaměřuje celý blok II.

Praktická část přináší vhled do charakteristik rodinného systému 20ti dospívajících, kteří se záměrně sebepoškozují - a to jak prostřednictvím kasuistik všech dospívajících (oproti pouze třem ukázkovým v práci diplomové), tak i celkového shrnutí. Poukazuje na celou řadu především dysfunkčních faktorů, které se v rodinách těchto dospívajících vyskytují, přičemž jako nejrizikovější se zdají být ty, které se týkají disharmonických rodinných vztahů včetně absence vzájemné podpory a vyjadřované náklonnosti dospívajícímu. Zajímavým zjištěním byl mimo jiné také vysoký výskyt závislosti na alkoholu nebo jiných sebedestruktivních forem chování mezi rodiči těchto dospívajících. Výzkum byl speciálně pro práci rigorózní rozšířen i o další sledované kategorie, a to o pohled na aspekty, které tyto dospívající na svých rodinách oceňují, a na vývoj zátěžových aspektů během jejich životů. Výsledky výzkumu mohou posloužit nejen k hlubšímu porozumění životním okolnostem dospívajících, kteří se záměrně sebepoškozují, ale také se stát podrobným základem pro další ověřování na větším vzorku respondentů.

Etiologie záměrného sebepoškozování je multifaktoriální (Favazza, 1996), jeho příčinu proto nelze hledat jen v jedné sféře fungování těchto dospívajících. Nicméně během našich rozhovorů směřovalo mnoho ukazatelů právě na rodinný systém, který i většina dospívajících vnímala jako jednu z životních okolností, která jim činila či stále činí velké

obtíže. Do budoucna by proto nemělo být záměrné sebepoškozování redukováno jen na toto chování samotné, popřípadě se zdůrazněním pouze osobnostních předpokladů, ale rodinný kontext by se měl stát podstatnou součástí, zvláště při zvažování preventivních či terapeutických postupů.

## LITERATURA

AINSWORTH, M.D.S. et al. *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. 1st ed. Hillsdale (New Jersey, USA): Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1978. 391 p. ISBN 0-89859-461-8.

AIZENMAN, M. – JENSEN, M.A.C. Speaking through the body: the incidence of self-injury, piercing, and tattooing among college students. *Journal of College Counseling*, 2007, vol. 10, no. 1, pp. 27-43. ISSN 1099-0399.

ALLEN, C. Helping with deliberate self-harm : some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, 1995, vol. 4, no. 3, pp. 243-250. ISSN 0963-8237.

ANDERSON, CH.B. et al. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 2002, vol. 10, no. 3, pp. 227-243. ISSN 1064-0266.

AYTON, A. – RASOOL, H. – COTTRELL, D. Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2003, vol. 12, no. 6, pp. 303-307. ISSN 1018-8827.

BABÁKOVÁ, L. Sebepoškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, roč. 4, č. 4, s. 165-169, ISSN 1803-5272.

BAKER, D. – FORTUNE, S. Understanding self-harm and suicide websites : a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis*, 2008, vol. 29, no. 3, pp. 118-122. ISSN 0227-5910.

BALON, R. Poruchy osobnosti. In Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J. (eds.) *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. S. 527 – 544. ISBN 80-900130-1-5.

BJÄREHED, J. - LUND, L.G. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 2008, vol. 37, no. 1, pp. 26-37. ISSN 1650-6073.

BOLOGNINI, M. et al. Adolescents' self-mutilation : relationship with dependent behaviour. *Swiss Journal of Psychology*, 2003, vol. 62, no. 4, pp. 241-249. ISSN 1421-0185.

BOWLBY, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. 1. ed. London (UK): Tavistock Publication, 1979. 184 p. ISBN 0-422-76850-2.

BOWLBY, J. (1966). *Child care and the growth of love*. 2nd ed. Middlesex (UK): Penguin books, 1966. 254 p.

BOYCE, P. et al. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm. *Australian Psychiatry*, 2003, vol. 11, no. 2, pp. 150-155. ISSN 1039-8562.

BRAKOULIAS, V. – RYAN, CH. – BYTH, K. Patients with deliberate self-harm seen by a consultation-liaison service. *Australasian Psychiatry*, 2006, vol. 14, no. 2, pp. 192-197. ISSN 1039-8562.

BRIERE, J. – GIL, J. Self-mutilation in clinical and general population samples : prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, vol. 68, no. 4, pp. 609-620. ISSN 0002-9432.

BROWN, S.A. – WILLIAMS, K. – COLLINS, A. Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, vol. 63, no. 9, pp. 791-803. ISSN 0021-9762.

BURNS, J. et al. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 39, no. 3, pp. 121-128. ISSN 0004-8674.

CASPER, D. – ZACHARY, D. The eating disorder as a maladaptive conflict resolution. *Individual Psychology : Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 1984, vol. 40, no. 4, pp. 445-452. ISSN 0277-7010.

CLAES, L. – VANDEREYCKEN, W. – VERTOMMEN, H. Self-care versus self-harm: piercing, tatooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2005, vol. 13, no.1, pp. 11-18. ISSN 1072-4133.

CROWELL, E.S. et al. Parent-child interaction, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, vol. 76, no. 1, pp. 15-21. ISSN 1939-2117.

ČÁP, J. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. 1. vyd. Praha: ISV, 1996. 302 s. ISBN 80-85866-15-3.

ČÁP, J. – BOSCHEK, P. *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině : příručka*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostika, 1994. 108 s.

DAVIS, C. – KARVINEN, K. Personality characteristics and intention to self-harm: a study of eating disordered patients. *Eating Disorders*, 2002, vol. 10, no. 3, pp. 245-255. ISSN 1064-0266.

DENNIS, M.S. et al. A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Aging & Mental Health*, 2007, vol. 11, no. 5, pp. 520-525. ISSN 1360-7863.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2000). 4. ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. 943 p. ISBN 0-89042-024-6.

DIAMOND, G.M. et al. Perceived parental care and control among israeli female adolescents presenting to emergency rooms after self-poisoning. *Adolescence*, 2005, vol. 40, no. 158, pp. 257-272. ISSN 0001-8449.

DOHM, F.A. et al. Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2002, vol. 32, no. 4, pp. 389-400. ISSN 0276-3478.

D'ONOFRIO, A.A. (2007a). *Adolescent self-injury : a comprehensive guide for counselors and health care professionals*. 1.ed. New York: Springer Pub., 2007. 225p. ISBN 978-082610278-2.

D'ONOFRIO, A.A. (2007b). *Adolescent self-injury : a comprehensive guide for counselors and health care professionals*. 1.ed. New York: Springer Pub., 2007. Pp. 137-138. ISBN 978-082610278-2. Quote from WALSH, B. Treating self-injury : a practical guide. New York: Guilford, 2006. Pp. 6-23. ISBN 1-59385-216-9.

ESHLEMAN, J.R. *The family : an introduction*. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon, 1988. Chapter 3, Marital, family, and kinship organization, pp. 77-116. ISBN 0-205-11182-3.

FARBER, S.K. Autistic and dissociative features in eating disorders and self-mutilation. *Modern Psychoanalysis*, 2008, vol. 33, no. 1, pp. 23-49. ISSN 0361-5227.

FAVARO, A. – SANTONASTASO, P. (2002). The spectrum of self-injurious behavior in eating disorders. *Eating Disorders*, 2002, vol. 10, no. 3, pp. 215-225. ISSN 1064-0266.

FAVARO, A. – SANTONASTASO, P. (1996). Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 1996, vol. 20, no. 1, pp. 99-103. ISSN 0276-3478.

FAVAZZA, A. *Bodies under siege : Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 1996. 373p. ISBN 0-8018-5299-4.

FAVAZZA, A.R. – ROSENTHAL, R.J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993, vol. 44, no. 2, pp. 134-140. ISSN 0022-1597.

FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. S. 96-106. ISBN 80-86734-05-6.

FORTUNE, S. – SINCLAIR, J. – HAWTON, K. Adolescents' views on preventing self-harm : A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2008, vol. 43, no. 2, pp. 96-104. ISSN 0933-7954.

FOX, C. – HAWTON, K. *Deliberate self-harm in adolescence*. 1st ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004. 143 p. ISBN 1-84310-237-4.

FRANCŮ, M. *Sebepoškozování*. Brno: Katedra speciální pedagogiky. Pedagogická fakulta. Masarykova univerzita, 2006. 49 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

GEHRING, T.M. *Test rodinného systému – FAST : příručka*. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2005. 78s.

GJURIČOVÁ, Š. – KUBIČKA, J. *Rodinná terapie : systemické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 182 s. ISBN 80-247-0415-3.

GRATZ, K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students : the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006, vol. 76, no. 2, pp. 238-250. ISSN 0002-9432.

GRATZ, K.L. – CONRAD, S.D. – ROEMER, L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002, vol. 72, no. 1, pp. 128-140. ISSN 0002-9432.

GRATZ, K.L. – CHAPMAN, A.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 2007, vol. 8, no. 1, pp. 1-14. ISSN 1524-9220.

GRATZ, K.L. – ROEMER, L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2008, vol. 37, no. 1, pp. 14-25. ISSN 1650-6073.

HARGAŠOVÁ, M. – KOLLÁRIK, T. *Škála rodinného prostredí : príručka*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1986. 123 s.

HAWTON, K. – HARRISS, L. The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis*, 2008, vol. 29, no. 1, pp. 4-10. ISSN 0227-5910.

HAWTON, K. et al. (2007). Self-harm in England: a tale of three cities : Multicentre study of self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, vol. 42, no. 7, pp. 513-521. ISSN 0933-7954.

HAWTON, K. et al. (2003). Deliberate self-harm in adolescents : a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003, vol. 44, no. 8, pp. 1191-1198. ISSN 0021-9630.

HEATH, N.L. et al. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 2008, vol. 30, no. 2, pp. 137-156. ISSN 1040-2861.

HILT, L.M. – CHA, CH.B. – NOLEN-HOEKSEMA, S. Nonsuicidal self-injury in youth adolescent girls : moderators of the distress function relationship. *Journal of Consulting Psychology*, 2008, vol. 76, no. 1, pp. 63-71. ISSN 1939-2117.

HOLLANDER, M. *Helping teens who cut : understanding and ending self-injury*. 1.ed. New York: Guilford Press, 2008. 214 p. ISBN 978-1-59385-426-3.

HORÁČEK, J. – ŠVESTKA, J. Poruchy pudů. In HÖSCHL, C. - LIBIGER, J. - ŠVESTKA, J. (eds.) *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tis, 2002. S. 322-323. ISBN 80-900130-1-5.

CHITSABESAN, P. et al. Predicting repeat self-harm in children : how accurate can we expect to be? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2003, vol. 12, no. 1, pp. 23-29. ISSN 1018-8827.

IZUTSU, T. et al. Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006, vol. 15, no. 3, pp. 172-176. ISSN 1018-8827.

KAHAN, J. – PATTISON, E.M. Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrom (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1983, vol. 14, no. 1, pp. 17-35. ISSN 0363-0234.

KIMBALL, J.S. – DIDDAMS, M. Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling*, 2007, vol. 10, no. 1, pp. 44-53. ISSN 1099-0399.

KLONSKY, E.D. – GLENN, C.R. Psychosocial risk and protective factors. In NIXON, M.K.; HEATH, N.L. (eds.) *Self-injury in youth : the essential guide to assessment and intervention*. 1st ed. New York (NY, USA): Routledge, 2009. Pp. 45-58. ISBN 978-0-415-95725-0.

KLONSKY, E.D. – MUEHLENKAMP, J.J. Self-injury: a research review for the practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, vol. 63, no. 11, pp. 1045-1056. ISSN 0021-9762.

KOCOURKOVÁ, J. Sebeпоškočování v adolescenci. In KOUTEK, J. - KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování : současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. S. 73-79. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRCH, F.D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 238s. ISBN 80-7169-627-7.

KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebeпоškočování v dětství a adolescenci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 174s. ISBN 978-80-247-2333-4.

LANGMEIER, Z. – MATĚJČEK, Z. Psychická deprivace v dětství. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 297 s.

LEMAN, K. *Sourozenecké konstelace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 223 s. ISBN 80-7178-430-3.

LUDEWIG, K. *Systemická terapie : základy klinické teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Pallata, 1994. 150 s. ISBN 80-901710-0-1.

LUNDH, L.G. – KARIM, J. – QUILISCH, E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007, vol. 48, no. 1, pp. 33-41. ISSN 0036-5564.

MACEK, P. *Adolescence : psychologické a sociální charakteristiky dospívání*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348.

- MADGE, N. et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people : comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, vol. 49, no. 6, pp. 667-677. ISSN 0021-9630.
- MARCHETTO, M. J. Repetitive skin-cutting : Parental bonding, personality and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2006, vol. 79, no. 3, pp. 445-459. ISSN 1476-0835.
- MATEJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
- MATEJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres : Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Slon, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8.
- MATSUMOTO, T. et al. Prevalence of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents : differences by age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2008, vol. 62, no. 3, pp. 362-364. ISSN 1323-1316.
- McVEY-NOBLE, M.E. – KHEMLANI-PATEL, S. – NEZIROGLU, F. *When your child is cutting : a parent's guide to helping children overcome self-injury*. Oakland (CA, USA): New Harbinger Publications, 2006. 167 p. ISBN 1-57224-437-2.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10.revizie : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2000). 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-22-1.
- MINUCHIN, S. – FISHMAN, H.CH. *Family therapy techniques*. 15th ed. Cambridge: Harvard University Press, 1999. 303 p. ISBN 0-674-29410-6.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MUEHLENKAMP, J.J. Self-injurious behavior as separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, vol. 75, no. 2, pp. 324-333. ISSN 0002-9432.
- MUEHLENKAMP, J.J. – GUTIERREZ, P.M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 2007, vol. 11, no.1, pp. 69-82. ISSN 1381-1118.
- MUEHLENKAMP J.J. – SWANSON, J.D. – BRAUSCH, A.M. Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 2005, vol. 29, no.1, pp. 24-32. ISSN 0361-6843.
- MURRAY, C.D. – FOX, J. Do internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behaviour? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2006, vol. 5, no. 3, pp. 1-9. ISSN 1446-7984.



NIXON, M.K. – LOUTIER, P. – JANSSON, M. Nonsuicidal self-harm in youth : a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 2008, vol. 178, no. 3, pp. 306-312. ISSN 1488-2329.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3.vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NOCK, M.K. – PRINSTEIN, M.J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, vol. 114, no. 1, pp. 140-146. ISSN 1939-1846.

NOCK, M.K. – TEPER, R. – HOLLANDER, M. Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, vol. 63, no. 11, pp. 1081-1089. ISSN 0021-9762.

NOWERS, M. Deliberate self-harm in the elderly : a survey of one London borough. *International journal of geriatric psychiatry*, 1993, vol. 8, no. 7, pp. 609-614. ISSN 0885-6230.

OWENS, D. – HORROCKS, J. – HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self harm : systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 181, no. 3, pp. 193-199. ISSN 1472-1465.

PARKER, G. - TUPLING, H. - BROWN, L.B. *Parental bonding instrument (PBI)* [online]. Randwick (New South Wales, Australia): Black Dog Institute, 2002, Page last updated: 20.8. 2009 [cit. 3.1. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/ParentalBondingInstrument.pdf>>.

PATTISON, E.M. – KAHAN, J. The deliberate self-harm syndrom. *The American Journal of Psychiatry*, 1983, vol. 140, no. 7, pp. 867-872. ISSN 1535-7228.

PIERCE, D. Deliberate self-harm in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 1987, vol. 2, no. 2, pp. 105-110. ISSN 0885-6230.

PLANTE, L.G. *Bleeding to ease the pain : cutting, self-injury, and the adolescent search for self*. 1st. ed. Westport (CT, USA): Praeger Publishers, 2007. 186 p. ISBN 978-0-275-99062-6.

PLAŇAVA, I. *Manželství a rodiny : struktura, dynamika, komunikace*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000. 294 s. ISBN 80-7239-039-2.

PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškození : aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

PORTZKY, G. – DE WILDE, E.J. – VAN HEERINGEN, K. Deliberate self-harm in young people : differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2008, vol. 17, no. 3, pp. 179-186. ISSN 1018-8827.

PRAŠKO, J. Depersonalizační a derealizační syndrom. In Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J. (eds.) *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. S. 525-526. ISBN 80-900130-1-5.

PREKOP, J. *Prvorozené dítě : o sourozenecké pozici*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 128 s. ISBN 80-247-9004-1.

ROSS, S. – HEATH, N.L. – TOSTE, J.R. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2009, vol. 79, no. 1, pp. 83-92. ISSN 0002-9432.

RUUSKA, J. et al. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2005, vol. 14, no. 5, pp. 276-281. ISSN 1018-8827.

RUSCH, K.M. - GUASTELLO, S.J. - MASON, P.T. Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1992, vol. 48, no. 6, pp. 730-738. ISSN 1097-4679.

*S.A.F.E. Alternatives : self abuse finally ends* [online]. 2007 [cit. 2010-01-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.selfinjury.com/index.html>>.

SANDMAN, C.A. – HETRICK, W.P. Opiate mechanisms in self-injury. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1995, vol. 1, no. 2, pp. 130-136. ISSN 1080-4013.

SANSONE, R.A. – LEVITT, J.L. Self-harm behaviors among those with eating disorders : an overview. *Eating Disorders*, 2002, vol. 10, no. 3, pp. 205-213. ISSN 1064-0266.

SIMEON, D. – FAVAZZA, A.R. Self-injurious behaviors : phenomenology and assessment. In D. Simeon – E. Hollander (eds.). *Self-injurious behaviors : assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001. Pp. 1-28. ISBN 0-88048-808-5.

SCHLIPPE, A. von – SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. 1.vyd. Brno: Cesta, 2001. 251 s. ISBN 80-7295-013-4.

SKEGG, K. Self-harm. *Lancet*, 2005, vol. 366, no. 9495, pp. 1471-1483. ISSN 0099-5355.

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.

SOLANO, R. et al. Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2005, vol. 13, no. 1, pp. 3-10. ISSN 1099-0968.

STONE, J.A. – SIAS, S.M. Self-injurious behavior : a bi-modal treatment approach to working with adolescent females. *Journal of Mental Health Counseling*, 2003, vol. 25, no. 2, pp. 112-125. ISSN 1040-2861.

SUYEMOTO, K.L. – MACDONALD, M.L. Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 1995, vol. 32, no. 1, pp. 162-171. ISSN 0033-3204.

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.

ŠULOVÁ, L. Člověk v rodině. In VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. (eds.) *Aplikovaná sociální psychologie 1*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. S. 303-342. ISBN 80-7178-269-6.

TRAPKOVÁ, L. – CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9.

TURP, M. The many faces of self-harm. *Psychodynamic Practice*, 2002, vol. 8, no. 2, pp. 197-217. ISSN 1475-3634.

ULBERTOVÁ, Z. (2008a). Sebepoškozování: Dá se pozastavit rostoucí trend? *Bulletin Sdružení Linka bezpečí*, 2008a, roč. 14, č.3, s.1.

ULBERTOVÁ, Z. (2008b) Sebepoškozování jako copingová strategie. *Bulletin Sdružení Linka bezpečí*, 2008b, roč. 14, č.3, s.6-8.

WARM, A. – MURRAY, C. – FOX, J. Who helps? Supporting people who self-harm. *Journal of Mental Health*, 2002, vol. 11, no. 2, pp. 121-130. ISSN 1360-0567.

WENZ, F.V. Self-injury behavior, economic status and the family anomie syndrom among adolescents. *Adolescence*, 1979, vol. 14, no. 54, pp. 387-398. ISSN 0001-8449.

WHITLOCK, J.L. et al. Nonsuicidal self-injury in college populations : mental health provider assessment of prevalence and need. *Journal of College Student Psychotherapy*, 2009, vol. 23, no. 3, pp. 172-183. ISSN 1540-4730.

WHITLOCK, J.L. – LADER, W. – CONTERIO, K. The internet and self-injury : what psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, vol. 63, no. 11, pp. 1135-1143. ISSN 0021-9762.

WHITLOCK, J.L. – POWERS, J.L. – ECKENRODE, J. The virtual cutting edge : the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 2006, vol. 42, no. 3, pp. 407-417. ISSN 0012-1649.

WOLFE, D.A. – JAFFE, P.G. – CROOKS, C.V. *Adolescent risk behaviors : why teens experiment and strategies to keep them safe*. 1st ed. New Haven (CT, USA), London (VB): Yale University Press, 2006. 276 p. ISBN 978-0-300-11080-7.

WONDERLICH, S. et al. Self-harm and bulimia nervosa : a complex connection. *Eating Disorders*, 2002, vol 10, no. 3, pp. 257-267. ISSN 1064-0266.

YATES, T.M. – TRACY, A.J. – LUTHAR, S.S. Nonsuicidal self-injury among „privileged“ youths : longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, vol. 76, no. 1, pp. 52-62. ISSN 1939-2117.

YOUNG, R. – SWEETING, H. – WEST, P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture : longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 2006, vol. 332, no. 7549, pp. 1058-1061. ISSN 0959-8138.

# PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Čápův model devíti polí (Zpracováno podle: Čáp, 1996, s. 154, 250-258)

	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
EMOČNÍ VZTAH	Silné	Střední	Slabé	Rozporné
<b>Záporný</b>	<b>1</b> – vyhrožování, přísné trestání, někdy nedůvěra nebo příliš vysoké požadavky - <b>stabilita nižší</b>		<b>2</b> – ne aktivní hostilita, ale lhostejnost - <b>stabilita nižší zejména u chlapců</b>	<b>3</b> – dítě necítí lásku a neví, jak budou rodiče na jeho různé projevy chování reagovat – nejrizikovější pro labilitu kombinace silného a slabého, nebo rozporného (obvykle matka) a slabého řízení rodiči – celkově <b>stabilita nižší</b>
<b>Záporně-kladný</b>	<b>9</b> – jeden z rodičů vnímán extrémně pozitivní, druhý naopak - <b>stabilita chlapců nižší</b>			
<b>Kladný</b>	<b>4</b> – rodiče přísní a důslední, ale zároveň laskaví, díky čemuž dítě jejich požadavky přijímá	<b>5</b> – přátelské vztahy mezi rodiči a dětmi, proto ani nejsou třeba přísné tresty - <b>stabilita vyšší</b>	<b>6</b> – přátelská výchova s nedůslednou kontrolou - svědomitě dospívající dělá to, co sám chce	<b>7</b> – střídání volnosti a přísnosti - <b>stabilita dívek vyšší</b>
<b>Extrémně kladný</b>			<b>8</b> – kamarádský vztah s rodiči, není třeba povinnosti vyžadovat, dospívající je automaticky plní - <b>stabilita vyšší</b> , ovšem po přechodu na VŠ nebo do zaměstnání se může zhoršit	

## Příloha č.2: Socioekonomické postavení rodin

(Poznámka: Matkou a otcem jsou míněni vychovatelé, se kterými dospívající v současné době žije, tedy např. nevlastní rodiče nebo prarodiče)

Vysvětlivky: ID – invalidní důchod; MD – mateřská dovolená; fin. sit. – finanční situace)

JMÉNO	VZDĚLÁNÍ		ZAMĚSTNÁNÍ		POZNÁMKY
	Matka	Otec	Matka	Otec	
Aneta	SŠ	VŠ	ID (předtím administrativa)	Úředník (Policie)	Dle matky fin.sit. 3/4
Barbora	SOU	SŠ	MD	Řidič (dřív policista)	Dle otce fin. sit. 2/4, B. si na ni stěžovala
Zuzana	SŠ	SŠ	Ošetřovatelka	Programátor (dřív frézař)	0
Sofie	SOU	SŠ	Servírka (dřív krejčová)	Majitel hospody (dřív autoklempíř)	Podle rodičů fin. sit. 2/4
Martina	SOU	SOU	Dělnice	Dělník	Podle rodičů fin. sit. 2/4 M. si na ni stěžovala - Sourozenci na VŠ
Petra	SŠ	SŠ	Podnikatelka	Podnikatel	Podle rodičů fin. sit. 2/4 M. si na ni stěžovala
Hana	ZŠ	SOU	ID	Uklízeč	H. si na fin. sit. stěžovala - Starší bratr jen ZŠ
Radka	VŠ	VŠ	Učitelka	Ekonom	Podle rodičů fin. sit. 1/4 - Starší sestra na VŠ
Kristýna	SOU	SOU	Skladnice	Klempíř	K. si na fin. sit. stěžovala, otec sází
Jarmila	Babička ??? (matka speciální ZŠ)	Děda ??? (otec ZŠ)	Babička v důchodu (matka dlouhodobě nezaměstnaná)	Děda v důchodu- před půl rokem zemřel (otec traktorista, vězněn)	Dle babičky fin. sit. 1/4 J. si na ni ale stěžovala - Starší sestra jen ZŠ, přispívá
Klára	SOU	SOU	Nezaměstnaná (dříve prodavačka)	Dělník (vlastní otec též)	K. si na fin. sit. stěžovala - Starší bratr ZŠ, přispívá
Marek	SOU	SOU	Švadlena	Opravář zemědělských strojů (vlastní otec bezdomovec)	- všichni starší sourozenci jen ZŠ
Danka	SŠ	SŠ (Vlastní otec SOU)	Vedoucí expedice ve firmě	Klempíř (OSVČ) (Vlastní otec zámečnick, teď ID)	Podle rodičů fin. sit. 2/4
Denisa	SOU	SOU	Kuchařka	Dělník v železárnách	J. si na ni ale stěžovala - Přispívá bratr (číšník)
Veronika	2 VŠ	VŠ (Vlastní otec SOU)	Laborantka u policie	Pyrotechnik u policie (Vlastní otec školník)	Finanční přilepšení s novým partnerem
Lenka	SOU	Matka žije s tetou: SOU (Vlastní otec SOU)	Soukromá účetní	Teta: Soukromá účetní (Vlastní otec zedník, řidič)	Rozpor: Podle matky fin. sit. 1/4, ale pobírají přídavky
Matouš	SŠ	SŠ	Scénáristka	Logistika	Podle matky fin. sit. 1/4
Patrik	SOU	SŠ	Prodavačka v trafice	Elektrotechnik	Podle matky fin. sit. 2/4
Lukáš	Gymnázium, studium VŠ započato	SOU	ID, přivýdělek na erotickém videochatu (dřív prodavačka)	Strojírenství (slušný příjem)	L. si na fin.sit. stěžoval - Starší sestra jen ZŠ, částečně přispívá
Milena	ZŠ	SOU (vlastní otec SOU)	Uklízečka (dřív šička)	Řidič autobusů (vlastní otec vlastnil hospodu)	M. si na fin.sit. spíš stěžovala

### Příloha č. 3: Rodičovský subsystém

JMÉNO	Současní rodiče	Vztahy mezi rodiči	Dominance
Aneta	vlastní rodiče	-jako neharmonické ho vnímá A. i rodiče, velmi časté hádky - konfliktní už v dětství A. (otec u nich tehdy rozbíjel věci) - témata současných hádek: nezaměstnanost matky a teta	vlastní otec
Barbora	nevlastní matka a vlastní otec	- současné dobré - do 3 let: vlastní otec matku bil	vlastní otec
Zuzana	vlastní rodiče	- současné dobré - dříve problematičtější, chodili do poradny	vlastní otec
Sofie	vlastní rodiče	- dobré	vlastní otec
Martina	vlastní rodiče	- otec matku ponižuje, ta s ním podle M. zůstává jen kvůli křesťanské víře a finančnímu zázemí	vlastní otec
Petra	vlastní matka a její přítel	- současný přítel: před odjezdem do USA velké hádky a bití, po návratu nekonfliktní asi 2 týdny a je to nanovo - s vlastním otcem P. (do 8 měs.) - „Američan“: psychické i fyzické násilí (13-14 let)	vlastní matka
Hana	vlastní rodiče	- bezproblémové	vlastní matka
Radka	vlastní rodiče	- harmonické	vlastní matka
Kristýna	vlastní matka a nevlastní otec	- se současným manželem hádky jsou (3genogram), hodně kvůli jeho sázení Tipsportu - s vlastním otcem vztahy velmi konfliktní, rozvod ve 3 letech (nadužívání alkoholu, matku i několikrát uhodil)	vlastní matka
Jarmila	babička (ještě nedávno s dědou –rodiče matky)	- děda alkoholik, den co den hádky s babičkou kvůli pití - do 2 let u vlastních rodičů, zanedbávání péče, matka alkoholička	babička
Klára	vlastní matka a nevlastní otec	-velmi konfliktní: manžel chodí každý den do hospody, obávají se jeho příchodů, psychické i fyzické napadání - předchozí 2 manželé alkoholici – neharmonické soužití	nevlastní otec (vychovávala spíš matka)
Marek	vlastní matka a nevlastní otec (poslední rok v dětském domově)	- celkem bez problému, otec matce ustoupí - do půl roku: vlastní otec -do 7 let: další otec – matku bil	vlastní matka
Danka	vlastní matka a nevlastní otec	- občas se pohádají (otec matce vyčítá, že vydělává málo), ale ještě považuje za normální - před rozvodem s vlastním otcem velmi ostré hádky	nevlastní otec (o výchovu se stará hlavně matka)
Denisa	vlastní rodiče (15-18 ve výchovném ústavu, již předtím časté hospitalizace)	- 3 z 5 – hádají se kvůli banalitám, ale považuje za normální	vlastní otec
Veronika	vlastní matka s přítelem	- současný harmonický (V. si nepřeje) - vlastní otec od 10let V. začal hodně pít, od té doby zásadnější konflikty	vlastní matka

		s matkou, ponižoval ji a fyzicky ji napadal	
<b>Lenka</b>	vlastní matka s tetou (kamarádkou) (V uplynulém roce i půl roku u vlastního otce a jeho partnerky, nebo u babičky)	- matka tetu poslouchá, takže bez problému - v 6 letech rozvod s vlastním otcem: velmi konfliktní atmosféra včetně fyzického napadání matky	teta
<b>Matouš</b>	vlastní matka a nevlastní otec	- „normální“ vztah - v 8 letech rozvod s vlastním otcem: velmi konfliktní atmosféra	dříve vlastní otec, teď matka
<b>Patrik</b>	vlastní matka a její přítel	- současný vztah harmonický - rozvod s vlastním otcem v 1r. P - 3-6l. 2. manžel: velmi konfliktní vztah, několikrát i matku uhodil	nevlastní otec (o výchově matka)
<b>Lukáš</b>	poslední rok u otce, předtím matka s nestálými partnery	- matka od rozvodu jen krátkodobé vztahy - s vlastním otcem v dětství celkem harmonické, pouze mu vyčítala, že má na lepšího chlapa, od 10 let vážné konflikty (obavy z milence), 12 let rozvod	vlastní matka
<b>Milena</b>	vlastní matka s nevlastním otcem	- harmonický vztah (M. z toho nemá radost) - 3r rozvod: vlastní otec alkoholik, matku i bil	vlastní matka

#### Příloha č. 4: Vztahy mezi sourozenci

(Vysvětlivky: - „!“ před jménem dospívajících, kteří alespoň do 6 let vyrůstali jako jedináčci nebo nejmladší a následně se jim narodil mladší sourozenec

- „červeně“ označeny vztahy rivality)

JMÉNO	Vztahy se sourozenci
Aneta	„normální“ (vadí jí, že bratr spory rodičů přehlíží)
!Barbora	s vlastními celkem dobré (vychovával ji), s nevlastními konfliktní
Zuzana	celkem dobré, v poslední době spíš se starším bratrem
!Sofie	rivalita se sestrou o pozornost matky
Martina	nejstarší bratr se přidává k posměškům matky, s ostatními neutrální
Petra	0
!Hana	rivalita s mladším bratrem, že mu vše u rodičů projde (smrt psa - agresivní) ke staršímu velmi blízko – zastane se ji
Radka	neutrální vztah (sestra je prý falešná, proto se jí nesvěřuje, ale má ji ráda)
!Kristýna	z narození mladší sestry <b>nadšená nebyla</b> , ale teď velmi dobrý vztah
Jarmila	blízko především k nejstarší sestře, jinak bez problému
!Klára	Se starším bratrem blízký vztah, svěřuje se mu, s <b>mladším dříve velká rivalita</b> , dnes OK
Marek	OK, nejlepší s nejstarším bratrem, jezdí k němu na výlety
!Danka	o staršího postiženého bratra se stará, mladšího má také ráda, ale <b>když se narodil, velká rivalita</b> – onemocněla MA
Denisa	OK
Veronika	k mladší sestře nejbližší v rodině, ovšem hlavně <b>dřív velká rivalita</b> , dnes mají společného nepřítele (partnera matky), ale stejně tendence ke srovnávání se a boj o pozornost matky
Lenka	rivalita o pozornost matky, pocit, že staršího bratra upřednostňují a že se on přetvařuje, aby se jim zavděčil
Matouš	0
Patrik	mladší sestra si vynucuje jeho pozornost, což ho štve
Lukáš	rivalita se starší sestrou o pozornost matky, měl pocit, že s ní lásku matky nemůže vyhrát (boj hlavně po rozvodu rodičů)
Milena	nejstarší bratr je jejím „tátou“, pocit, že jsou ostatní sourozenci upřednostňováni, vadí jí to hlavně u nevlastní sestry, která s nimi bydlí



## Příloha č. 5: Struktura a vztahy v rodinném systému

(Vysvětlivky: červeně označeny ztráty osob, které dospívajícího vychovávaly)

Poznámka: kamarádi jsou ve 4. kolonce uvedeni jen tehdy, když v rozhovoru dospívající uvedli, že jsou jejich pravou rodinou)

JMÉNO	Současní rodiče	Sourozenci	Další osoby (systémy) považované za členy systému	Změny struktury
Aneta	vlastní rodiče	starší bratr	teta (sestra matky s 3letým synem)	0
Barbora	nevlastní matka a vlastní otec	vlastní: 2 starší (bydlí s 1) polorodi: 3 (bydlí s 1) nevlastní: 3 (bydlí se 2)	0	- 3 – po rozvodu u matky (s otcem se vídali o prázdninách) - 9 – po smrti matky B. do otcovy rodiny - 13 – přibyl nejmladší bratr
Zuzana	vlastní rodiče	2 starší	skautský oddíl	0
Sofie	vlastní rodiče	1 mladší	0	- 7 – narození sestry
Martina	vlastní rodiče	4 starší (se 3 stále bydlí)	2 paní učitelky	0
Petra	vlastní matka a její přítel	0	(negativní zkušenost: dočasné bydlení s babičkou do 7 let, která měla s rodinou velmi konfliktní vztah)	- 8měs. – po rozvodu u matky (s otcem se nevidá) - od 2 – soužití s přítelem matky - 13-14 – nový manžel matky v USA - 14let – útěk od „vysněného otce“ a návrat k příteli předchozímu
Hana	vlastní rodiče	starší a mladší bratr	misionářky ze sekty	- 6 – narození bratra
Radka	vlastní rodiče	starší sestra	její a sestřin partner, chůva z dětství (4-8 let)	- 4-8 – v péči vychovatelky (rodiče hodně pracovali) - 9 – smrt vychovatelky
Kristýna	vlastní matka a nevlastní otec	polorodá sestra	babička a děda (rodiče matky)	- 3 – rozvod rodičů (otec dál neměl zájem se s dcerou stýkat) - 5 – nový manžel matky - 6 – narození polorodé sestry - 13 – nastěhování k babičce a dědovi
Jarmila	babička (ještě nedávno s dědou – rodiče matky)	3 sourozenci (se 2 bydlí)	i matka	- 2 – rozvod rodičů (přerušení styku s otcem) - 2 – odebrání dětí z rodiny pro zanedbávání péče do dětského domova - 3 – do péče babičky s dědou - 8 – odstěhování se matky k příteli (vídají se několikrát do měsíce, když si matka přijede pro peníze) - 16 – prarodiče vyhodili z domu starší sestru, která neplánovaně otěhotněla - 16 – smrt dědy, u kterého vyrůstala
Klára	vlastní matka a nevlastní otec	starší vlastní a polorodý mladší bratr	0	- 2 – rozvod rodičů (s otcem se vídají, ale velmi konfliktní vztah) - 2-9 – 2.manžel - od 9 – se 3.současným manželem - 10 – narození polorodého bratra - 11 – sebevražda 2.otce

<b>Marek</b>	vlastní matka a nevlastní otec (poslední rok v dětském domově)	5 polorodých sourozenců, se 3 z nich bydlel v poslední době	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6měs. – rozvod rodičů (0 kontakt s otcem)</li> <li>- 1 rok – narození mladší sestry</li> <li>- do 7 – 3.manžel matky</li> <li>- 8 – sestěhování se 4. manželem matky</li> <li>- 11 – narození polorodého bratra</li> <li>- 11-12 – matkou vynucený odchod 2 starších sourozenců z domova, kteří ho takřka vychovávali</li> <li>- 14 – odvržení matkou</li> </ul>
<b>Danka</b>	vlastní matka a nevlastní otec	starší vlastní a mladší polorodý bratr	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 – rozvod rodičů (s otcem se stýkají, ale problematický vztah)</li> <li>- od 11 – soužití s 2.manželem matky</li> <li>- 13 – narození polorodého bratra</li> </ul>
<b>Denisa</b>	vlastní rodiče (15-18 ve výchovném ústavu, již předtím časté hospitalizace)	starší bratr	kamarádi v ústavech	<ul style="list-style-type: none"> <li>- od 15 – trvale v ústavních zařízeních (již předtím velmi často) – kontakt s rodinou podstatně omezen</li> </ul>
<b>Veronika</b>	vlastní matka s přítelem	vlastní sestra (mladší)	babičky a děda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 – narození vlastní sestry</li> <li>- 15 – rozvod rodičů (otce chodí navštěvovat a starat se o něj – závislý na alkoholu, problematický vztah)</li> <li>- od 15 – soužití s matčíným přítelem</li> </ul>
<b>Lenka</b>	vlastní matka s tetou (kamarádkou) (V uplynulém roce i půl roku u vlastního otce a jeho partnerky, nebo u babičky)	vlastní bratr (s ním žije v domácnosti) a polorodý bratr se sestrou	babička, kamarádi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 – rozvod rodičů</li> <li>- od 11 – trvalé soužití s tetou</li> <li>- 15 – na půl roku utekla k otci, část z toho i u babičky</li> </ul>
<b>Matouš</b>	vlastní matka a nevlastní otec	0	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 – rozvod rodičů (s otcem velmi konfliktní vztah)</li> </ul>
<b>Patrik</b>	vlastní matka a její přítel	mladší polorodá sestra	babička s dědou	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 – rozvod rodičů (stýkají se, ambivalentní vztah)</li> <li>- 3-6 – 2.partner matky (nevidají se, byl rád, že odešel)</li> <li>- 4 – narození sestry</li> <li>- od 11 – soužití se současným přítelem matky</li> </ul>
<b>Lukáš</b>	poslední rok u otce, předtím matka s nestálými partnery	starší polorodá sestra	PC hry	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 – rozvod rodičů (s otcem se pak vztahy zlepšily)</li> <li>- 16 – přestěhování k otci (téměř 0 styk s matkou)</li> </ul>
<b>Milena</b>	vlastní matka s nevlastním otcem	9 sourozenců, z toho 1 vlastní (s ní a ještě s 1 zcela nevlastní v domácnosti)	rodiči je pro ni spíš bratr s přítelkyní, za rodinu považuje partu kamarádů	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 – narození sestry</li> <li>- 3 – rozvod rodičů (styk s otcem podle toho, kdy přišel, péči zanedbával)</li> <li>- 7 – smrt otce</li> <li>- 9 – 2.manžel matky s ním do rodiny přibýly další sourozenci</li> <li>- 10 – po hádkách rodinu opustil nejstarší bratr, se kterým má M. velmi blízký vztah</li> </ul>

## Příloha č.6: Vztahy dospívajících s rodiči

JMÉNO	Současní rodiče	Vztah s matkou	Vztah s otcem	Vztah s minulými partnery	Pocit emoční podpory a zájmu od rodičů
<b>Aneta</b>	vlastní rodiče	Pořád si jen stěžuje (1), pro porozumění si chodí za tetou, se kterou má vztah nejlepší (vadí ji hádky mezi rodiči), ale chtěla by, aby to byla mamka, s kým si nejvíc rozumí	Lepší než s matkou, ale v poslední době se odcizili i oni 2	0	0
<b>Barbora</b>	nevlastní matka a vlastní otec	Vlastní matku zpětně idealizuje (alkoholička, smrt) Nevlastní matka: nemá k ní respekt, nechce být převychovávána	Z rodiny nejbližší, ale stejně pocit, že mu na ni nezáleží	0	0
<b>Zuzana</b>	vlastní rodiče	V gen. I – ztratila k ní důvěru, pocit, že se na ni v rodině vše svádí (s oběma odmítá jakoukoli podobnost), rodiče víc spolu než aby se zajímali o děti	V gen. I - ztratila k ní důvěru, pocit, že se na ni v rodině vše svádí	0	0
<b>Sofie</b>	vlastní rodiče	Touží po více pozornosti matky, rivalita s mladší sestrou, pocit, že mamku nezajímá (reflexe, že MA jako upoutání pozornosti matky)	Blíží k otci než matce, ale chtěla by to naopak	0	Otec (chce matku)
<b>Martina</b>	vlastní rodiče	V gen. 0 – od 13 intenzivnější pocit, že je doma kritizována, ať udělá cokoli, posmívání se a kritika hlavně od ní ještě spolu s nejstarším bratrem, od babičky se dozvěděla, že je nechtěná, celkem dobré vztah v dětství	V gen. 0 – nerozuměli si nikdy, necítila zájem, jen kritiku	0	0
<b>Petra</b>	vlastní matka a její přítel	Hospitalizací zlepšení vztahu s matkou, časté hádky	Touha po otci, který by se jí věnoval Přítel matky je sebestředný, o P. se nezajímá.	- Odstěhování vlastního otce v 8 měs.: P. moc plakala, podle otce „bezdůvodně“ – velmi omezený styk, konfliktní vztah (chtěla by vztah lepší) - „Američan“ – zpočátku „ideální otec“, pak domácí násilí – velké zklamání	0 (trochu hospitalizací zlepšeno s matkou)
<b>Hana</b>	vlastní rodiče	Velká touha po dobrém vztahu s matkou a jejím zájmu - v jádru rivalita s bratrem	Pocity křivdy i k otci, o něj také zájem, ale menší	0	0

		(dostane, co chce). Proto i byla doma sprostá, až vyhrožování sebevraždou nebo vraždou její, u sbp. sama říkala, že doufala, že si jí rodiče všimnou a pochopí, že se necítí dobře	než o matku, častěji se jí zastane. V nemocnici ji nenavštěvoval.		
<b>Radka</b>	vlastní rodiče	Pro rodinu důležité, aby byly vztahy „v pořádku“, chovají se k sobě hezky, ale moc si toho neříkají, vakuum – R. chodila domů pod vlivem drog a nikdo se jí na nic nezeptal, podpora ano – z rodiny chce odejít k příteli	S otcem také vztah „v pořádku“, s ním si o samotě dovede promluvit, podpora ano z rodiny chce odejít k příteli	0	Podpora ano, když si o ní řekne, vše „na oko“
<b>Kristýna</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Špatný vztah (gen.1), mrzí ji, že se o ni víc nezajímá, nevěří jí (např. omdlévání simuluje), tlačí tak na školní výsledky, když K. to nejde, volný čas radši tráví s kamarádkami než s ní (zhoršení od opakování 7.třídy a nastěhování k prarodičům)	Nevlastní otec: ani ho za otce nepovažuje, nezajímá se o rodinu, nezastane ani mužskou roli, přikyvuje jen mamce	Vlastní otec – 3r rozvod, od 6 styk přerušen úplně (zamkl jí doma a šel do hospody) – mrzí ji neprojevovaný zájem	0
<b>Jarmila</b>	babička (ještě nedávno s dědou – rodiče matky)	Babička: vytěsnění při vyjmenovávání členů rodiny, ponižování a trestání J., má z ní strach (idealizace vlastní matky, přála by si, aby o ní měla větší zájem)	Děda (alkoholik): k tomu nejlepší vztah, dokázal se jí zastat před babičkou (smrt)	Vlastní otec: ve 2r. rozvod, nepamatuje si na něj a ani ho nechce poznat	0
<b>Klára</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Časté hádky, pocit malé náklonnosti: zájem matky je pro K. velmi důležitý, i své nadměrné pití alkoholu a kouření od 10 let zdůvodňuje ztrátou pozornosti matky, kterou věnovala nevlastnímu otci a narozenému synovi, v poslední době matka antidepresiva, K. ji chrání před otcem. Nenachází u ní ocenění	Současný nevlastní otec: o K. nemá zájem, stará se jen o vlastního syna, od 12 let alkohol – K. se ho bojí	Vlastní otec: do 2 let, konfliktní vztah Nevlastní otec: 2-9 let – nejmilejší, spáchal sebevraždu	0
<b>Marek</b>	vlastní matka a nevlastní otec (poslední rok v dětském domově)	Ještě když byl doma problémový vztah, matka byla velmi přísná, nerozuměl tomu, proč starší sourozence dávala do ústavní výchovy nebo je tlačila do toho, aby odešli. Po odvržení i jeho do dětského domova vztah 0, on by ho rád napravil, ale matka jakýkoli kontakt odmítá	Současný nevlastní otec: od 8let – cekem dobrý vztah, pracovali spolu, ale vždy se postavil za matku, proto i teď 0 kontakt	Vlastní otec: rodinu opustil v jeho půl roce: 0kontakt Nevlastní otec: do 7 let, velmi konfliktní (matku i bil) – 0kontakt	0
<b>Danka</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Zájem matky velmi důležitý (když pozornost ztrácela, problémy s hubnutím, sama to reflektuje) – zhoršil se po nastěhování nevlastního otce a narození syna, teď opět co se vrátila do práce; zlepšení	Nevlastní otec: Začíná ho přijímat, ale stejně v ní pocít, že jí bere mamku a o ni se moc nezajímá.	Vlastní otec: rozvod v 10r. – považuje ho za sobce, občas k němu jezdí, ale nerada	0

		během hospitalizace, ale hádky jsou vyostřené			
<b>Denisa</b>	vlastní rodiče (15-18 ve výchovném ústavu, již předtím časté hospitalizace)	Neutrální vztah, D. v rodině v podstatě 5 let trvale není, rodiče považuje za samozřejmost, cítila od nich zradu, když jí bez domluvy dali na speciální ZŠ a nevěřili ji, že je v ústavu šikanovaná, své „zlobení“ sama reflektuje jako trest za to	Bližší vztah k otci, o jeho pozornost si žádá tím, že za ním chodí s ránami a s žádostmi o pomoc, pocit, že by toho pro ni mohl dělat víc (až nereálná očekávání)		0
<b>Veronika</b>	vlastní matka s přítelem	Zájem matky je pro ni velmi důležitý, ale s novým partnerem má pocit, že ji věnuje jen jemu, chce zapomenout na minulost a užívá si partnerský vztah, aniž by se zajímala o dcery. V době soužití s vlastním otcem alkoholikem matku hodně bránila a přemlouvala, ať ho opustí. Při svých hladovkách i stavech apatie doufala, že si ji matka všimne, což se nestalo. Přestala se jí svěřovat.	Nevlastní otec: zájem má jen o matku, oni se sestrou pro něj nic neznamenaají, je to „cizí člověk“.	Vlastní otec: do 15 let: ambivalentní, více a více závislý na alkoholu, chodí se o něj starat – dříve ji urážel a tvrdě trestal, řekl ji, že má radši sestru, o jeho lásku usilovala a usiluje nadále, když se k němu chodí o něj starat	0
<b>Lenka</b>	vlastní matka s tetou (kamarádkou) (V uplynulém roce i půl roku u vlastního otce a jeho partnerky, nebo u babičky)	Obrovská touha po dobrém vztahu s matkou – nedaří se. Výrazný propad od 11 let s nastěhováním „tety“ – nechá se jí příliš ovládat a je k ní více kritická. Sama reflektuje, že v té době začala „zlobit“ (pít, za školu,...), aby si matka všimla, že se s ní něco děje – matka ale poté začala ještě víc pít: matka jí osočovala, že je nechťená, neměla se narodit, bití-strach chodit domů – dojem, že o ni matka už nemá zájem vůbec	Tetu vnímá jako překážku ve vztahu k matce – navádí ji proti ní a dělá všechno tak, jak si přeje teta, nikoli L., velmi konfliktní vztah, ponižování a bití L.	Vlastní otec: rozvod v 6 letech: vídali se, ale teď vůbec nejlepší vztah z rodiny (dřív pil) – trochu mu akorát vyčítá volnost, jakou jí během pobytu u něj dal - znásilnění	0 (celkem od vlastního otce)
<b>Matouš</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Považuje ji za jediného člena rodiny, má ji rád, má hodně práce, ale on to „chápe“ stejně jako i nového partnera matky, ke kterému ale nic necítí.	Respektuje, že s ním matka je, ale považuje ho za „cizího člověka“, hodně submisivní, jako by „nebyl“	Vlastní otec: rozvod v 8 letech: velmi narušené vztahy, otec zlý člověk, mrzí ho, že se mu o.v dětství nevěnoval, ponižoval ho a bil	celkem matka
<b>Patrik</b>	vlastní matka a její přítel	Nejbližší vztah k matce, neví si s ním a jeho agresí moc rady.	Současný nevlastní otec: dobrý vztah,	Vlastní otec: rozvod v 1 roce (měl	matka a její přítel

			nejlepší ze 3 tátů	pocit, že na něj máma nemá čas) – vídají se, ambivalentní vztah, rád tam hraje pc hry Nevlastní otec: 3-6: nechoval se k matce hezky, nevídají se	
<b>Lukáš</b>	poslední rok u otce, předtím matka s nestálými partnery	Velmi narušený vztah: už dříve cítil velkou rivalitu se sestrou, kterou matka upřednostňovala a on měl pocit, že jeho matka jen ponižuje a kritizuje (že je ošklivý) – místo ní se upnul k pc hrám, po vztahu s ní touží, ale teď dle něj nereálné	krátkodobé vztahy	Vlastní otec: rozvod ve 12 letech – teď mnohem lepší vztah, i když je v podstatě průměrný, lepší než u matky, v dětství se o něj prý nezajímal (v 16 se k němu přestěhoval)	částečně vlastní otec
<b>Milena</b>	vlastní matka s nevlastním otcem	velmi narušený vztah (gen. 1-): touží po její pozornosti a zájmu, ale pocit, že ji zajímá jen partner a ostatní sourozenci, M. nevyslechne a automaticky seřve – zhoršení od nastěhování nevlastního otce, k M. nemá důvěru, sama reflektuje své zlobení jako touhu vyprovokovat alespoň nějakou reakci	Nevlastní otec: velmi narušený vztah (gen.1-) – ani se spolu moc nehádají, protože se spolu ani nebaví, M. má pocit, že ostatní děti upřednostňuje	Vlastní otec: smrt v 7 letech-idealizuje si ho (alkoholik)	0

## Příloha č. 7: Pochvaly, kritika a tresty

JMÉNO	Současní rodiče	Pochvaly a podpora vs. kritika	Tresty
<b>Aneta</b>	vlastní rodiče	převaha kritiky (hlavně od matky)	není trestána, trestem jsou výtky a hádky
<b>Barbora</b>	nevlastní matka a vlastní otec	Kritika od obou (hlavně nevlastní matka a její syn, ale i otec a její starší bratr), - většinou ani neví, co ji čeká podpora chybí	zarachy ven (nejhorší), občas pohlavek trestána i od staršího sourozence
<b>Zuzana</b>	vlastní rodiče	Podceňování, svalování viny na ni (od obou rodičů) – nespravedlivá kritika od rodičů je Z. tématem	bití v dětství, nejhorší zarachy oddílu
<b>Sofie</b>	vlastní rodiče	Kritizována za učení moc není, spíš na ni je svalována vina za sestru (nespravedlnost)	tresty na ni moc neplatí, hlavně zarachy (pc, trénink)
<b>Martina</b>	vlastní rodiče	Pocit přílišné kritiky a neuznání – ani jim moc neřká, co ji čeká	slovní pokárání - nejhorší
<b>Petra</b>	vlastní matka a její přítel	Velmi kritičtí, chyby zmiňuje hlavně matka	obvykle trestají křikem
<b>Hana</b>	vlastní rodiče	Je obviňována za to, co dělá bratr, oba ji spíš kritizují	fyzické tresty především matka s babičkou, ostré hádky, zarachy (teď chápe, že si to zasloužila)
<b>Radka</b>	vlastní rodiče	podpora rodičů	moc často není, nejhorší, když jí něco vyčtou, to jí pak hodně mrzí
<b>Kristýna</b>	vlastní matka a nevlastní otec	velká kritika především od matky kvůli známkám, ale i mimo ně, moc nechválí	zákaz pc, i sprosté nadávky
<b>Jarmila</b>	babička (ještě nedávno s dědou – rodiče matky)	babička na ni hledá jen to špatné	bití, ponižování, částečně i starší sourozenci
<b>Klára</b>	vlastní matka a nevlastní otec	co je hospitalizovaná, snaží se jí podporovat, otec stále jen hledá chyby	nevlastní otec ji fyzicky trestal (teď moc není doma, je v hospodě), zarachy, seřvání, rezignace
<b>Marek</b>	vlastní matka a nevlastní otec (poslední rok v dětském domově)	Velká kritika od matky	zarachy nebo navíc práce
<b>Danka</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Velká kritika od nevlastního otce, matka už míň, co se D. léčí	málokdy trestána, maximálně „zarach“
<b>Denisa</b>	vlastní rodiče (15-18 ve výchovném ústavu, již předtím časté hospitalizace)	Pocit, že se k ní rodiče chovají jak k „debilovi“, podceňují ji a chtějí rozhodovat za ni	zarachy
<b>Veronika</b>	vlastní matka s přítelem	Pocit, že doma musela neustále něco dokazovat a byla viníkem, ať udělala cokoli – především od vlastního otce, teď si jí zase už matka s novým přítelem moc nevšímá	drsné fyzické tresty od otce
<b>Lenka</b>	vlastní matka s tetou (kamarádkou) (V uplynulém roce i půl roku u vlastního otce a jeho partnerky, nebo u babičky)	pouze kritizována a obviňována	matka s tetou fyzické trestání, až chodila do školy s modřinami, ještě horší absolutní ignorace, zarachy

<b>Matouš</b>	vlastní matka a nevlastní otec	v současné rodině kritiky a pochvaly vyrovnané, v dětství ale velmi ponižován a kritizován otcem	Od vlastního otce slyšel, že je „kretén“ a byl tvrdě bit; matka už to nechává na něm
<b>Patrik</b>	vlastní matka a její přítel	podporován	zaracha na pc, pohlavek jen za bitky se sestrou
<b>Lukáš</b>	poslední rok u otce, předtím matka s nestálými partnery	velmi kritická matka (od dětství mu vtloukala do hlavy, že je ošklivý, L. má pocit fyzické odpornosti; vyčítala mu i jeho narození), podpora až teď od otce	L. byl pořád doma, matka ho neměla za co trestat, nejhorší bylo, když na něj křičela a vyčítala
<b>Milena</b>	vlastní matka s nevlastním otcem	doma slyší výčitky, především od matky, ani nevlastní otec nevyjadřuje podporu	fyzické trestání matkou (způsobila jí i vážná zranění), systém odměn a trestů



## Příloha č. 8: Sebedestruktivní chování v rodině

JMÉNO	V širší rodině	Mezi rodiči	Mezi sourozenci
Aneta	0	- Teta – záměrné sebepoškozování v mládí	0
Barbora	0	- Vlastní matka – závislost na alkoholu	- Vlastní sestra – závislost na drogách (možná i sebepoškozování) - Vlastní bratr – alkohol, ventilace boucháním pěstí do zdi
Zuzana	0	0	0
Sofie	0	0	0
Martina	0	0	0
Petra	0	- Vlastní matka - zvýšené množství alkoholu při stresu	0
Hana	0	0	- Vlastní bratr – záměrné sebepoškozování (už přestal, deprese)
Radka	0	0	0
Kristýna	0	- Vlastní otec: závislost na alkoholu	0
Jarmila	0	- Babička (v jejíž péči J. je): sebevražedný pokus (předávkování léky i před očima J.) - Děda (v jehož péči J. je): alkoholik - Vlastní matka: alkoholička	0
Klára	0	- Všichni 3 otcové závislí na alkoholu - 2. z nich spáchal sebevraždu (po rozvodu s matkou K.)	- Starší bratr – ve zvýšené míře pil alkohol, teď lepší - záměrné sebepoškozování (už nedělá)
Marek	0	0	- Starší bratr – nadužívá marihuanu
Danka	Strýc: sebevražda (zastřelení se)	0	0
Denisa	0	0	0
Veronika	0	- Vlastní otec: pije od 10 let V., stále víc závislý (v 15 rozvod)	- Mladší sestra – záměrné sebepoškozování
Lenka	0	- Vlastní otec závislý na alkoholu (bydleli s ním do 6 let L.) - Vlastní matka (od rozvodu) také - Babička – alkoholička, kouří marihuanu (blízký vztah, dočasně u ní bydlela)	0
Matouš	0	0	0
Patrik	0	0	0
Lukáš	Nevlastní otec otce sebevražda	- Vlastní matka: alkoholička, MA	- Sestra: alkoholička
Milena	0	- Vlastní otec: alkoholik	- Nevlastní sestra: léčila se pro MA, pak MB

## Příloha č. 9: Oceňované charakteristiky rodin dospívajícími

(Vysvětlivky: Vykřičník (!) u vlastnosti – v rozhovoru opakovaně zmiňována

*Kurzíva* - Již nežijící členové rodiny)

JMÉNO	Současní rodiče	Matka	Otec	Rodina jako celek	Jiná osoba
<b>Aneta</b>	vlastní rodiče	Docela obětavá, jezdí na návštěvy, zájem tak občas vyjadřuje	Je s ním legrace, rozumný (!) a chytrý, realista, pomáhá jí se školou, jsou si podobní, lépe se s ním usmíruje	0	Teta: obětavá, rozdala by se, taky by chtěla, aby bylo všechno ideální-podobnost
<b>Barbora</b>	nevlastní matka a vlastní otec	Nevlastní: umí naslouchat, pomoci, naučit.	Umí potěšit, dokáže pochválit, ale na B. mu nezáleží.	- Když se jí něco nepovede, doma ji podpoří, že si to příště napraví. - Do 9 let u vlastní matky považuje za dobrou rodinu	<i>Vlastní matka (zemřela): Milá, hodná.</i>
<b>Zuzana</b>	vlastní rodiče	Hraje na kytaru, občas si s nimi povídá, jaký měli den.	0	- Doma se cítila dobře, než začaly krádeže.	Opora: - skautský oddíl - sourozencům teď chybí
<b>Sofie</b>	vlastní rodiče	Odpouští tresty	Upřímný, spravedlivý, drží slovo, o problémech si v klidu promluví než že by jí vynadal, dokáže ji uklidnit	0	0
<b>Martina</b>	vlastní rodiče	0	0	0	-2 učitelky vyslechnou si ji, mají o ni zájem -sourozenci: všestranné vzdělání bratra
<b>Petra</b>	vlastní matka a její přítel	Chce pro ni jen to nejlepší, hodná	0	Vztah se zlepšil hospitalizací	0
<b>Hana</b>	vlastní rodiče	Hodná (příjemná, usměvavá)	Zastane se, dokáže odpustit	0	-Kamarádky misionářky (mají o ni zájem) -Starší bratr: legrační, když měla problém, někam jí vzal, postavil se za ni
<b>Radka</b>	vlastní rodiče	Tolerantní, chce, aby se R. všechno líbilo, měla to co nejlehčí, neustále pozitivní, přátelská	Tolerantní, klidný, hezky se s ním povídá, když jsou spolu sami	- Celkově dobré vztahy (R. se tam ale necítí dobře) – ok pokud jen vtipkují - vzájemně jim na sobě záleží	0
<b>Kristýna</b>	vlastní matka a nevlastní otec	0	Nevlastní: Učí se spolu, v klidu jí to vysvětlí, umí doma udělat pohodu.	0	- Mladší sestra: hezky se s ní povídá, hodná, zapojuje se do kolektivu - Děda: nejbližší

					vztah, poradí jí a nechá si to pro sebe
<b>Jarmila</b>	babička (ještě nedávno s dědou – rodiče matky)	0	<i>Děda: Ochránil ji (!), pomohl, zábavný, dokáže udržet tajemství</i>	0	- Dobré vztahy se sourozenci: zastanou se jí, poradí - Vlastní matka: Jsou stejné, vtipná, dokáže jí porozumět
<b>Klára</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Hodná (!), chytrá	Když nepije, tak je „v pohodě“, hezky se stará o malého syna	- S mamkou si víc rozumí, co je hospitalizovaná	0
<b>Marek</b>	vlastní matka a nevlastní otec (poslední rok v dětském domově)	0	Nevlastní: Problémy řešil v klidu, domluvou, spolu stavěli dům, společné zájmy	0	Nejblíže k sourozencům: ochotní poradit, především starší bratr pomůže, sestra pomáhala se školou
<b>Danka</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Hodná, dobře se s ní povídá, může se jí svěřit.	Nevlastní: hezky se stará o malého syna, hodný	0	Vlastní otec: snaží se, aby si víc rozuměli
<b>Denisa</b>	vlastní rodiče (15-18 ve výchovném ústavu, již předtím časté hosp.)	Někdy je hodná, z legrace si spolu hrají	Vše dovolí, zastane se jí, snadno dokáže odpustit	0	0
<b>Veronika</b>	vlastní matka s přítelem	Snažila se, aby je otec tolik nebil, citlivá, praktická, sportovní typ – vedla je ke sportu	0	0	- Babička: citlivá, hodná, i s dědou mají zájem -Děda: <i>pomáhal s učením, rád cestuje, legrační, záleží mu na škole (zemřel)</i>
<b>Lenka</b>	vlastní matka s tetou (kamarádka u) (V uplynulém roce i půl roku u vlastního otce a jeho partnerky, nebo u babičky)	Vlastní: když jsou sami, hezky se s ní povídá	Teta: 0	0	-Vlastní otec: Od rozvodu se velmi zlepšil, dokázal abstinovat, hodný, benevolentní, může se mu svěřit, nevyzvídá - Babička: hodná, mohla se jí dříve svěřovat
<b>Matouš</b>	vlastní matka a nevlastní otec	Hodná, citlivá, pracovitá	0	Spokojený s tím, jak to doma je, nic by neměnil.	0

<b>Patrik</b>	vlastní matka a její přítel	Matka: hodná	Nevlastní otec: Hodný, je s ním legrace	- Se současným přítelem matky je rodina lepší, než kdyby byli jen s matkou. - Kdyby ho sestra tak neprovokovala, tak by nic neměnil - O víkendech společně sledují filmy a hrají hry.	Babička s dědou – rád s nimi tráví čas – hodní, legrační
<b>Lukáš</b>	poslední rok u otce, předtím matka s nestálými partnery	0	Spíš jako kamarádi - hrají spolu hry na PC, může mu říct vše, aniž by mu něco vyčítal, dokáže pochválit, nechává mu jeho soukromí	0	0
<b>Milena</b>	vlastní matka s nevlastním otcem	Upřímná, někdy milá a pracovitá	Nevlastní: někdy se společně dívají na fotbal	0	- <i>Vlastní otec (zemřel): starostlivý, upřímný, bojácný o rodinu, chránil ji, pracovitý</i> -Nevlastní bratr: hodně jí pomáhá a podporuje

# **Příloha č. 10: Subjektivně vnímané zátěžové okolnosti a období**

(Vysvětlivky: symbol --II-- zastupuje nepříjemný stav trvající již od předchozího období  
kurzívou označeny zátěžové události mimo rodinu)

JMÉNO	0-6 let	7-12 let	13-18 let
<b>Aneta 16</b>	-4-6 let: vyostřenější hádky mezi rodiči, otec u toho mlátil do nábytku, až musela jednou být i přivolána policie (i psychosomatický doprovod – první experimentování s dietami, časté chřipky, škrábala si u hádek nehty kůži)	- 7-8 let: --II-- -od 12ti let: subjektivně začala více a více <u>prožívat</u> , co se doma děje	- 13-doposud: --II--
<b>Barbora 13</b>	- do 3 let: otec matku <u>bil</u> - 3 roky: <u>rozvod</u> vlastních rodičů - 4 roky: nepříjemný <u>zážitek strachu</u> o matku, když byla přítomna jejímu astmatickému záchvatu (- výchova u <u>matky alkoholičky</u> (Bára to jako zátěž nevnímala))	- 7-9 let: --II-- - 9 let: <u>smrt matky</u> <u>přestěhování</u> se do nové rodiny - od 11 let: víc si začala <u>uvědomovat</u> , co se jí v této rodině nelíbí	- 13-doposud: -II-
<b>Zuzana 15</b>	- asi 4-6 let: časté <u>hádky rodičů</u> - od 5 let: “ <u>krádeže</u> “ (dle Zuzky „ztrácení“) věcí v domácnosti – za viníka označována jen ona	- 8-12 let: <u>psychická a fyzická šikana ve škole</u> - 9 let: <u>změna školy kvůli šikaně</u> - 10 let: <u>změna školy kvůli šikaně</u>	- 14 let: doma se opět začaly <u>ztrácet věci</u> , obviňována tentokrát už i sestra, Zuzka tvrdí, že věci doma nebere
<b>Sofie 14</b>	OK	- 7 let: <u>Narození sestry</u> - ztráta pozornosti rodičů (od té doby pokles) - od 11 let: silněji si <u>uvědomuje</u> ztrátu zájmu rodičů (především matky) a její přesun k sestře	- 13-doposud: -II- - 13 let: <u>narážky spolužáka na svou postavu vnímala jako šikanu</u>
<b>Martina 17</b>	- 5-10 let: <u>sexuální „zneužívání“</u> bratrancem a jeho kamarádem	- 6-10: --II-- - od 12ti let: začala si více a více <u>uvědomovat</u> , že je doma více kontrolovaná než ostatní a že se tam necítí dobře - 12 – 16 let: <u>šikana ve škole</u> (psychická i fyzická) <u>přestup do jiné třídy</u>	13-16: --II-- 13-16: --II--
<b>Petra 15</b>	- 8 měsíců – <u>opuštění</u> rodiny otcem - předškolní věk – <u>častá stěhování</u> , často bydleli u babičky, která jí i matce nadávala	- 7-11 let (2.-4 třída) – <u>přestup na novou školu, kde byla tvrdě šikanována, což mělo následně dlouhou soudní dohru</u>	- 13-14 let – traumatizující pobyt v USA ( <u>domácí násilí</u> od „Američana“)

	- 4-6 let – <u>nechtěla chodit do školy</u>		
<b>Hana 17</b>	- 6 let: <u>narození bratra</u>	- 11 let: <u>přestup na speciální základní školu</u>	- 16 let: <u>zemřel pejsek</u> (za smrt obviňuje bratra, tato událost odstartovala podstatnější hádky Hanky s celou rodinou), <u>seznámila se s dívkou, která ji proti rodině naváděla</u> a popichovala ji k vážnějšímu ublížení si
<b>Radka 17</b>	OK	- 6-12 let: <u>nechtěla chodit do školy</u> , vadilo jí, že si nemohla dělat, co chtěla - 9 let: <u>smrt vychovatelky</u> (starala se o ni od 4 let) - 12,13 let: výrazněji si <u>uvědomovala</u> , že se v rodině nechce víc projevovat, větší odklon od rodiny	- od 15 do 17 let: <u>přestup na normální školu</u> , často nemocná (někdy to i předstírá), <u>nelíbí se jí tu</u> , vadí jí spolužáci, jsou na sebe zlí, Radka se proto chodí do školy jen učit (drogové experimenty)
<b>Kristýna 14</b>	- 2-5 let: časté <u>hádky mezi vlastními rodiči</u> kvůli <u>odchodu otce</u> (přišel, matka ho nechtěla pustit dovnitř, hledala ho tam i policie, chodil opilý a občas i mamku uhodil)	- od 12 let – <u>větší hádky mezi rodiči</u> kvůli penězům, otec je nenosil domů, začal sázet	- 13 let – <u>opakování 7. třídy</u> – <u>víc se začaly hádat s mamkou</u> – často nemocná, bolesti hlavy,... – <u>přestěhování</u> do rodinného domu k babičce a dědovi, což zhoršilo vztahy v rodině úplně – následoval sled hospitalizací
<b>Jarmila 16</b>	- 2 roky: - <u>hádky a rozvod rodičů</u> - kvůli zanedbávání péče <u>do DD</u> - 3 roky: opět <u>změna pečovateli</u> - k babičce a dědovi	- 8 let: <u>odstěhování matky</u> - od 1. třídy: <u>problémy ve škole</u> i <u>doma</u> (děda alkoholik, hádky prarodičů), hodně plakala	- 15 let: <u>odešla sestra</u> po konfliktu s babičkou kvůli tomu, že v nezletilosti otěhotněla - <u>zemřel děda</u> , v jehož péči vyrůstala - <u>zhoršila se šikana ve škole</u> - <u>babička</u> , v jejíž péči zůstala, <u>se pokusila o sebevraždu</u>
<b>Klára 16</b>	(- 2 roky: <u>rozvod rodičů</u> : jako zátěžovou událost nezmínila)	- od 10 let: <u>narození mladšího bratra</u> a <u>zabydlení 3. nevlastního otce</u> doma: <u>pocit, že přichází o matku</u> a že on ji vůbec nemá rád (zhoršení známek, kouření,...) - 11 let: <u>sebevražda 2. nevlastního otce</u> - od 11 let: <u>největší hádky s matkou</u>	- 13-15: -II- - od 12 let: začal <u>nevlastní otec hodně pít, matku bít</u> - 13 let: <u>přestup z matematické třídy do normální: výčítky</u> matky a nerozuměla si se spolužáky, neměla důvod tam chodit – zásadní propad známek (následně řada výchovných problémů) - 1. stavy <u>apatie, deprese</u> - 14 let: <u>SVP šikana</u>
<b>Marek 16</b>	<u>rozvod</u> do 7 let: nový nevlastní otec: <u>matku bil a hodně se hádali</u>	- 8 let: <u>změna školy, ztratil kamarády</u> - 11-12 let: nerozuměl tomu, proč <u>sourozenci opouští rodinu</u>	- 14 let: <u>matka se ho zřekla</u> – dětský domov
<b>Danka 17</b>	OK	- 8-10 let: před rozvodem rodičů <u>velké hádky</u> (bez fyzického napadání), hodně plakala - 11 let: <u>přestup do sportovní třídy</u> : <u>vnímala jako hrozné, počátky hubnutí</u> (nerozuměla si se třídou, posmívali se jí, že je šprt a že se fotila v šatech,	- 13 let: narození <u>nejmladšího bratra</u> : velká žárlivost, pocit, že zbytky pozornosti matka věnuje jen bratrovi, jí nic (po 2 měsících následovala hospitalizace kvůli mentální anorexii) - 16 let: <u>matka</u> odešla po

		<p>ve kterých vypadala jako těhotná)</p> <p>- 12 let: <u>nastěhování k novému manželovi</u> matky - <u>pocit, že ztrácí její pozornost</u> a věnuje ji manželovi; bála se nového prostředí, kde nebude nikoho znát; nová škola – kolektiv jí přijal „normálně“, nijak zvlášť se s nikým neskamarádila</p>	<p>mateřské dovolené <u>znovu do práce</u>, vnímala, že jsou rodiče přetažení a více se hádají – do toho si všimla, že ztloustla a zároveň začal na její „břicho a velké nohy“ upozorňovat i její přítel (znovu hospitalizace MA)</p>
<b>Denisa 19</b>	OK	<p>- 6. třída – <u>přestup do sportovní třídy</u> (špatné známky, posměch spolužáků)</p>	<p>- 7. třída – <u>přestup do speciální školy</u> – od té doby šlo dolů úplně všechno</p> <p>- <u>následovala vlna pobytů</u> v ústavních zařízeních (v 1 z nich jí prý týraly sestry)</p>
<b>Veronika 18</b>	<p>- 1,5 roku: <u>Narození sestry</u>: žárlila na vysokou pozornost věnovanou sestře od matky</p>	<p>- 10-15 let: <u>Soužití s otcem alkoholikem, domácí násilí, tlak i ze školy</u>, že o nezdarech nebo nedojedených jídlech řeknou otci (předstírala, že je nemocná, aby tam nemusela, pocit, že neměla kam utéct)</p>	<p>- 13-doposud: --II—</p> <p>- od 15 let: <u>Mnoho změn</u>, přestěhování, musela dojíždět do školy, <u>nedařilo se jí tak na gymnáziu jako na ZŠ</u> a hlavně žije s pocitem, že <u>o ní matka ztratila zájem</u>, který přesunula k novému příteli (i několik sebevražedných pokusů)</p>
<b>Lenka 16</b>	<p>- 3-5 let: doba <u>před rozvodem rodičů</u>: rodiče se hádali, otec <u>matku bil</u>, báli se, kdy se vrátí otec domů, co zase bude dělat, nechtěla odjet se školou na týden pryč, bála se o mamku</p>	<p>- 9let: <u>sexuální obtěžování</u> nevlastním bratrem</p> <p>- od 11 let až doposud: <u>nastěhovala se natrvalo teta</u> (v té době začala pít i ve škole)</p>	<p>- 13-doposud: --II—</p> <p>- 15 let: <u>znásilnění</u> (mimo rodinu)</p>
<b>Matouš 17</b>	<p>- do 8 let: <u>bití otcem</u> a <u>před rozvodem</u> velké hádky rodičů</p>	<p>- 6-8: --II—</p> <p>- 1. třída: <u>křesťanská škola v Praze</u> – <u>strašné</u> (kolektiv i vnucování náboženství)</p> <p>v pololetí <u>přestěhování</u> za město (- to, že během celé základní školy se s ním děti moc nebavily a posmívaly se mu, nebere jako zátěž, protože jemu prý stačí mít u sebe jen pár lidí, jinak mu je jedno, co si kdo myslí)</p> <p>- 9 let: <u>přistěhování přítele</u> – neměl radost z toho, že bude mít nevlastního otce, radši by byl jen s matkou, ale chápal, že ona někoho chce</p>	<p>- 15 let – SŠ – <u>ještě povrchnější lidi než na ZŠ, kteří jsou schopní bavit se jen o drogách</u></p> <p>- od 16 let – <u>opakované rozchody s přítelkyní, u toho si uvědomil, že nemá za kým jít</u></p>
<b>Patrik 12</b>	<p>- 1 rok: <u>odchod otce</u></p> <p>- později několikaleté soužití s dalším nevlastním otcem, <u>hádky, bití</u></p> <p>- 3,5 roku: <u>nástup do školky, ze začátku se mu tam hodně nelíbilo, do toho se narodila sestra a on byl týden v nemocnici</u></p>	<p>- 11-12 let: <u>zlá p. učitelka</u> (zhoršení známek), začal „zlobit“</p>	x

	<i>se zápalom plic</i>		
<b>Lukáš 17</b>	OK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 let: <u>vnímal, že se s ním děti nechtějí bavit</u>, vyřešil to tím, že přesvědčil na popud matky sám sebe, že je lepší než oni a že je nepotřebuje</li> <li>- od 10 let: <u>hádky doma</u>: mamka měla milence, Lukáš začal hrát počítačové hry</li> <li>- 12 let: <u>rozvod rodičů</u> mrzelo ho, že <u>nezajímá holky</u>, chtěl je nějak upoutat, ale nevěděl jak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 let: matka se sestrou <u>začaly pít</u></li> <li>- 15 let: <u>zklamání, nedostal se na gymnázium</u></li> <li>- 16 let: <u>odstěhování se od matky</u>: návštěvy a telefonáty plné výčitek</li> <li>zhoršil se psychický stav</li> <li>vyhrotily se <u>problémy s třídním kolektivem</u></li> </ul>
<b>Milena 14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>sexuální obtěžování dědečkem</u> v dětství</li> <li>- 3 roky: <u>rozvod rodičů</u> (následná soudní řízení, podle matky otec péči dostatečně neplnil a dceru i ji bil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 let: <u>smrt otce</u></li> <li>- od 8 let: matka si začala hledat další <u>partnery a našla si práci</u> (Milena se cítila hodně odkázaná sama na sebe, musela se starat o sestru)</li> <li>- 9 let: <u>nastěhování nevlastního otce</u> (ztráta pozornosti matky)</li> <li>- 11 let: <u>odstěhování se k nevlastnímu otci</u> (naprostá ztráta pozornosti matky, zklamání, že to s ní nediskutovala)</li> <li>- 12 let: <u>rozchod s 1. chlapcem</u> (1. sebepoškození)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 let: <u>rozchod s chlapcem, se kterým chodila půl roku (opití a spolykání prášků)</u></li> </ul>